Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

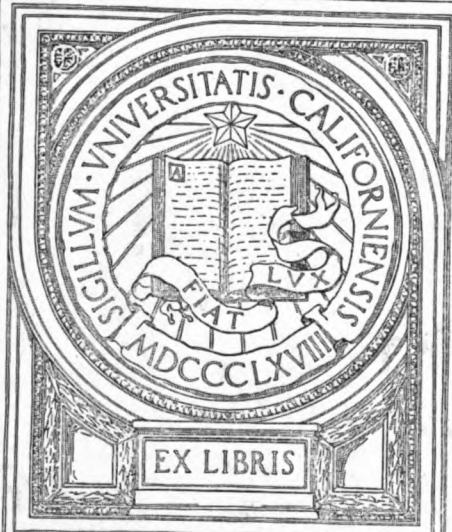
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER
SAN FRANCISCO



MEDICAL LIBRARY EXCHANGE

MEDICAL-DENTAL LIBRARY
MARQUETTE UNIVERSITY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

591F

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, H. DREUW-Berlin, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. NÄCKE-Colditz (Sa.), L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, E. SCHIFF-Wien, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, F. WINKLER-Wien, M. WOLTERS-Rostock

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

FÜNFUNDFÜNFZIGSTER BAND

1912

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 21 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 6—13

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1912

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".) Seite

Ulcus rotundum ventriculi bei einem Syphilitiker; tödlicher Ausgang nach der zweiten Salvarsaninjektion, von J. F. Selenew 843
Ein Fall von Parakeratosis variegata (Unna) — Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Parapsoriasis en gouttes (Brocq), von Menahem Hodara 848, 877
Über ein neues Verfahren zur Gewinnung des Blutserums, von Y. Sakaguchi . 875
Über neuere Modifikationen (Karvonen, Manoiloff) und zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von Ernst Bernhardt 907
Die Histologie der Urticaria perstans papulosa, von Franz v. Krzystalowicz . 939
Zur pyrogenen Komponente intravenöser Salvarsaninjektionen, von G. Nobl und S. Peller 971
Verfahren zur intensiven und raschen Färbung des Treponema pallidum und anderer Spirochäten, von Arthur Fontana 1003
Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung, von H. Struwe 1005
Lupus miliaris disseminatus faciei, auf dem Lymphwege entstanden, von G. B. Dalla Favera 1027
Über den Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken, von Adam v. Karwowski 1059
Topische Bakteriotherapie der Haut, von J. Peyri 1083
Erythema elevatum et diutinum, von Gerolamo Piccardi 1115
Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen und gegen Kohlensäureschnee, von S. Bogrow und Th. Grintschar 1147
Über den praktischen Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoischen Erkrankungen, von J. T. Lenartowicz 1179
Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Sarkoid (Miliärlupoid) Boeck großknotige und infiltrierende Form, von P. Unna jun. 1203
Über molekular zerstäubtes Quecksilber bzw. Kontraluesin und Behandlung der Syphilis mittels des neuen Präparates, von Ed. Richter 1218
In ihrem Inneren eine Talgdrüse enthaltende Haare des Kinnes, von Sebastiano Giovannini 1235
Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprabazillen, ein Nachtrag, von C. Boeck 1267
Das Pinselhaar, Thysanothrix, von Felix Franke 1269
Weitere Mitteilungen über Purpura annularis telangiectodes, von Alfred Brandweiner 1291
Ein Fall von rechtsseitiger Kastration bei einem 18jährigen Manne; Hypertrophie der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sinistra), von J. F. Selenew 1323
*Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Holzhäuser 1328
*Einige bewährte Rezeptformeln, von Menahem Hodara 1329
Einige Bemerkungen über die Pathogenese der Syphilis der Plazenta, von Martin F. Engman 1347
Die Behandlung der Impfstellen mit einer alkoholischen Lösung von Pikrinsäure und Jod, von Jay Frank Schamberg 1355
Über die Glandula caudalis bei Cavia cobaya, von O. Sprinz 1371
*Über das Overlachsche Trivalin, von Oswald Berneker 1381
Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhöe, von Föckler 1395

1211293 Digitized by Google

Seite
Cavernitis penis migrans, von Ludwig Waelsch 1427
Die Farbenphotographie im Dienste der Dermatologie, von Louis E. Merian . . 1430
Über Keratosis spinulosa. (Lichen spinulosus Crocker), von S. C. Beck 1459
Über das Nackenkeloid oder Dermatitis nuchae sclerotisans, von Ant. Trýb . . . 1491
Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra, von G. Hesse 1500
Histologische Untersuchungen in zwei Fällen von papulo-nekrotischen Tuberkuliden, von Menahem Hodara 1515
Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbehandlung einer kleinen Zahl derselben, von L. Halberstaedter 1522
Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand, von Ernst Delbanco 1524
Über die Entstehung von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen durch Syphilis, von Lydia Goldberg 1539
Ein Fall von Jododerma tuberosum fungoides, von W. A. Pospelow jun. 1571
Die Behandlung der Syphilis mit Hg-Glidine, von Eduard Bäumer 1576
*Wie behandelt man die Nebenhodenentzüdung? von M. Porosz 1580
Unbewußte Gonorrhöe trotz Striktur und doppelseitiger Epididymitis, von Gustav Heim 1585

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft 856. 1063. 1588
80. Jahresversammlung der British Medical Association, Section of Dermatology . 1442
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1064. 1254
13. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 1310
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft 1588
84. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster i. W. . . . 1383. 1474
5. italienischer Kongreß für Pellagraforschung 1382
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 920. 1252

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas 861. 886. 1313
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1069. 1253. 1446
Annales de Maladies vénériennes 864. 1012. 1100. 1259. 1408. 1598
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1090. 1124. 1156. 1187. 1386. 1590
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie . . . 1064. 1254
Folia urologica 1011. 1190. 1408. 1597
Giornale Italiano delle Malattie Veneree et della Pelle 1035. 1191. 1330. 1387
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases . 887. 1034. 1258. 1331
The British Journal of Dermatology 861. 982. 1358. 1502
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 1131. 1360. 1503
Journal d'Urologie médicale et chirurgicale 865. 1074. 1260. 1332. 1447
Lepra 860. 1477
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 920. 1252
Revista española de Dermatologia e sifiliografia 1071. 1314. 1407
Revue clinique d'Urologie 1449
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires 1036. 1263. 1333
Dermatologische Zeitschrift 858. 885. 1089. 1308. 1444
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1477
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 863. 1098. 1258. 1389
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie 1009
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 983. 1161. 1309
Zeitschrift für Urologie 1072
Dermatologisches Zentralblatt 859. 1009. 1098. 1251. 1386. 1596

Personalien: 874. 906. 938. 970. 1002. 1058. 1146. 1202. 1234. 1319. 1370. 1394. 1426. 1458. 1490.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Juli 1912 | Nr. 27 | Band 55

Ulcus rotundum ventriculi bei einem Syphilitiker; tödlicher Ausgang nach der zweiten Salvarsaninjektion.

Von

Prof. I. F. Selenew, Moskau.

Der antisyphilitischen Salvarsantherapie nach Ehrlich, die in vielen Fällen einen mächtigen und raschen Einfluß auf gewisse syphilitische Symptome ausübt, haften auch viele Nebenwirkungen an, die für den Organismus nicht nur schädlich, sondern auch direkt tödlich sein können. Für den Kliniker ist dieses Kapitel der Salvarsantherapie von ganz hervorragender Bedeutung und muß infolgedessen genauer und eingehender erforscht werden, unter anderem auch weil das Wesen dieser Nebenwirkungen noch unaufgeklärt ist und teilweise durch den voreingenommenen Wunsch verdunkelt wird, das Medikament sozusagen weißzuwaschen und andere Faktoren aufzufinden, auf welche man die ungünstigen Komplikationen (chemische Eigenschaften, Neurorezidive? usw.) hätte abwälzen können; außerdem ist es weder für den Patienten noch für den Kliniker von besonderer Bedeutung, wenn man zur Erklärung des ungünstigen Effektes verschiedene Theorien aufstellt. Von gewaltiger Bedeutung ist aber die Tatsache, daß bei der Einführung des Mittels häufig unerwartet schwere Komplikationen eintreten können.

Das Kapitel der Kontraindikationen weist schon an und für sich große Mängel auf, da die klinischen Symptome bisweilen die drohende Gefahr nicht anzeigen, wie dies aus dem im nachstehenden zu schildernden Falle klar hervorgeht. Die klinischen Erscheinungen (geringe Schmerzen im rechten Hypochondrium?) waren in diesem Falle zu unbestimmt, als daß man das Bestehen eines „einfachen" (?) Magengeschwürs hätte annehmen können, während die vom Patienten gut überstandene erste Salvarsaninjektion das chronische Magengeschwür dermaßen maskierte, daß der tödliche Ausgang nach der zweiten Salvarsaninjektion uns ganz unerwartet kam. Die lehrreiche Geschichte dieses Falles ist folgende.

Patient N. G., dem geistlichen Stande angehörend, 50 Jahre alt, wurde in die Klinik wegen kleiner alter Perforation der Knorpel-Nasenscheidewand, sowie wegen erodierter frischer papulöser Angina und allgemeiner Adenopathie aufgenommen. Die Wassermannsche Reaktion ergab ein stark positives Resultat. Früher hat sich der Patient nicht von Ärzten, sondern von Kurpfuscherinnen behandeln lassen. Vor 23 Jahren hatte der Patient Gonorrhöe mit Zystitis. Im Alter von 8 Jahren hatte er Masern überstanden. Seit 20 Jahren leidet er auch an Magen- und Darmkatarrh. Er übergab sich ab und zu und klagte über Darmschmerzen; ungefähr seit dieser Zeit leidet er auch an hartnäckiger Obstipation. Zeitweise trank der Patient, ohne sich jedoch wirklich stark zu betrinken. Der Vater starb an Magenkrebs im Alter von 52 Jahren. Die

Digitized by Google

Mutter starb im Alter von 72 Jahren an senilem Marasmus. Sie hatte acht Schwangerschaften durchgemacht. Unser Patient ist das fünfte Kind. Eine jüngere Schwester starb an Diphtheritis. Im Dezember 1887 akquirierte der Patient Syphilis, im Januar 1888 suchte er bereits wegen einer Erkrankung der Nase ärztliche Hilfe nach.

Die in der Augen-, Inneren und Nervenklinik vorgenommenen Untersuchungen ergaben keine Kontraindikationen gegen die Anwendung von Salvarsan. Im Harn weder Eiweiß noch Zucker noch irgend welche sonstigen abnormen Produkte. Reaktion des Harns sauer, spezifisches Gewicht 1018. Körpergewicht 4 Pud 9 Pfund (1 Pud gleich 32 deutsche Pfund). Temperatur normal, um 36,9° herum.

21. II. Schlaf, Appetit, Zunge normal. Stuhl.

22. II. Intravenöse Injektion von 0,5 Salvarsan.

In den folgenden Tagen keine Reaktion. Temperatur normal. Die Gaumensegel reinigten sich von dem grauen Belag, und die Erosionen verheilten ohne Narbe.

27. II. Körpergewicht 4 Pud $13^3/_4$ Pfund.

Am 4. III., d. h. 12 Tage nach der ersten Injektion, wurde eine zweite intravenöse Salvarsaninjektion in derselben Dosis 0,5 gemacht. Unmittelbar nach der Salvarsaninjektion stellte sich eine heftige Allgemeinreaktion ein. Um $4^1/_2$ Uhr nachmittags betrug die Temperatur 37,8. Schüttelfrost. Um $6^1/_2$ Uhr abends Temperatur 38,4, um $8^1/_2$ Uhr 39,5, um 10 Uhr 39.2. Erbrechen, Kopfschmerzen, schwerer Allgemeinzustand.

5. III. Der Patient klagt über starke Kopfschmerzen. Viermaliges Erbrechen. Appetit fehlt. Temperatur 38,1—38,4. Kein Stuhl. Puls 86, ikterische Verfärbung der Augenskleren. Erythematöse Rötung des Gesichts.

6. III. Temperatur 37,8—38,4, Puls 64 in der Minute, des Nachts sechsmaliges Erbrechen. Kein Stuhl. Der Patient hat im ganzen 4 Stunden geschlafen. Zunge belegt.

7. III. Temperatur 36,8—37,7. Puls 78 in der Minute, kein Appetit. Geringe Desquamation am Gesicht. Um 11 Uhr nachts und 4 Uhr morgens Erbrechen. Unruhiger Schlaf mit Unterbrechungen, Kopfschmerzen, mäßiger Ikterus, Gallenblasengegend (?) bei der Palpation schmerzhaft.

8. III. Temperatur 36,7—37,7. Der Patient hat die Nacht schlecht verbracht, unruhiger Schlaf. Das applizierte Nährklistier ging nach $1^1/_2$ Stunden wieder ab. Die Kopfschmerzen dauern an.

9. III. Temperatur 36,1—37,6. Erbrechen mit kaffeesatzähnlichem Aussehen. Kein Appetit, unruhiger Schlaf, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle. Nasenbluten und Kräfteverfall. Puls 118 in der Minute. Allgemeine Schwäche. Die erbrochenen Massen betragen ungefähr einen Liter.

10. III. Temperatur 36.8—36,9. Puls 80 in der Minute. Zweimaliger Stuhl. Die Fäkalmassen sind schwarz gefärbt. Der Patient hat geschlafen. Appetit fehlt. Schwache ikterische Verfärbung. Im Harn kein Eiweiß, wohl aber Gallenpigmente und zahlreiche Leukozyten.

11. III. Temperatur 36,2—36,3. Puls schwach, mittags um 12 Uhr Anfälle von Gallenkolik (?), unruhiger Zustand, Erbrechen mit geringen Massen. Einmaliger Stuhl mit schwarzen Fäkalmassen. Am Abend begann der Puls schwächer zu werden. Um 10 Uhr war der Puls nicht mehr fühlbar. Um 11 Uhr unruhiger Zustand, Sensorium erhalten. Puls nicht zu fühlen. Um 1 Uhr 5 Min. beginnt die Agonie, um 1 Uhr 25 Min. Exitus letalis.

Die Behandlung hatte in Applikation von physiologischen und Nährklistieren, in der Verabreichung von Aspirin, Koffein, Diuretin und Kampfer usw. bestanden; außerdem hatte der Patient ein Wannenbad von 28° und Essentucki-Mineralwasser Nr. 20 usw. bekommen.

Sektionsprotokoll (Nr. 158). Anatomische Diagnose: Ulcera rotunda perforata pylori; Peritonitis purulenta; Apoplexia tractus intestinalis; Tuberculosis chronica et acuta miliaris in apicibus duplex; Tuberculosis glandular. peribronchialium; Degeneratio adiposa hepatis; Sepsis.

Äußere Besichtigung. Mittlerer Körperbau; Hautdecken blaß, Panniculus adiposus, Muskulatur mäßig entwickelt.

Schädelhöhle: Hautdecken und Knochen des Schädels unverändert. Harte Hirnhaut glatt, glänzend. Die Sinus enthalten weiße Gerinnsel. Weiche Hirnhaut leicht verdickt, unter derselben geringe Ansammlung klarer Flüssigkeit. Hirngefäße, Nerven, Basis cerebri unverändert.

Brusthöhle und Halsorgane. Stand des Diaphragmas: rechts oberer Rand der 5. Rippe, links unterer Rand der 5. Rippe. Brustbein, Mediastinum, Thymus un-

Digitized by Google

verändert. Herz von normaler Größe, mangelhaft kontrahiert. Kranzarterien, Herzöffnungen unverändert. Herzklappen an der Verschlußlinie etwas verdickt. Herzmuskel von lehmigem Aussehen. Die Intima der Aorta und der A. pulmonalis ist glatt, glänzend.

Lungen. Obere Lungenlappen für Luft undurchgängig und weisen fast in ihrer ganzen Ausdehnung auf dem Durchschnitt käsige Herde und miliare Tuberkel auf. Bronchien und Bronchialdrüsen vergrößert. Auf dem Durchschnitt mit miliaren Tuberkeln dicht bedeckt. Der Brustteil der Wirbelsäule ist unverändert. Die Halsorgane, die Mundhöhle, der weiche Gaumen, die Tonsillen sind gleichfalls unverändert. Pharynx und Ösophagus mit Schleim bedeckt. Schilddrüse, Halsgefäße und Halsteil der Wirbelsäule unverändert. Larynx, Trachea mit Schleim bedeckt.

Bauchhöhle. Inhalt: bedeutende Quantität grünlichen Eiters. Lage der Viszera: die Darmschlingen sind miteinander verlötet, stark injiziert, trübe, mit fibrinös-eitrigem Belag bedeckt.

Milz. Dimensionen: $14^1/_2 \times 9^1/_2$, fühlt sich welk an. Vom Querschnitt läßt sich viel Pulpa abschaben.

Nebennieren unverändert.

Nieren leicht vergrößert, die Nierenkapsel läßt sich leicht ablösen. Oberfläche glatt. Parenchym wie gekochtes Fleisch. Harnblase unverändert.

Leber leicht nekrotisch, ihre Ränder sind stumpf, ihre Oberfläche ist glatt, das Parenchym hat speckiges Aussehen. Gallenblase unverändert. Pankreas gleichfalls unverändert.

Magen. Schleimhaut saftig, mit Schleim bedeckt. Im Pylorus sieht man zwei erbsengroße, runde Geschwüre, von denen das eine perforiert ist.

Darm. Im Dickdarm findet man eine große Quantität geronnenen Blutes. Die Schleimhaut des Dickdarms ist unverändert.

Wir wollen nun den Verlauf der Erscheinungen in unserem Falle zusammenfassen. Bei dem Patienten bestanden klinisch nicht nachweisbare Affektionen des Lungengewebes (miliare käsige Herde), des Magens (zwei erbsengroße Geschwüre in der Pylorusgegend). Die erste intravenöse Salvarsaninjektion (0,5) hatte weder eine allgemeine noch eine klinisch nachweisbare lokale Reaktion in den affizierten Geweben zufolge. Man könnte daraus schließen, daß weder tuberkulöse noch einfache Magengeschwüre eine Kontraindikation gegen die Anwendung von Salvarsan abgeben. Die zweite Injektion, die 12 Tage nach der ersten gemacht wurde, hat aber schon selbst eine allgemeine Reaktion im Organismus (Steigerung der Temperatur, Kopfschmerzen, Zerschlagenheit, Appetitmangel, Erbrechen usw.) zur Folge und wird für den Kranken verhängnisvoll, weil sie Perforation, innere Blutung und septische Peritonitis herbeiführt, welch letztere wahrscheinlich infolge der Blutung unter subnormaler Temperatur verläuft. Das klinische Bild des Magengeschwürs war zwar unbestimmt, und ich möchte sagen, bescheiden im Vergleich mit dem Ernst des pathologisch-anatomischen Substrats, während die Entwicklung eines Geschwürs im Pylorus, namentlich bei Syphilitikern, mit einer Affektion der Leber bzw. der Gallenblase besonders leicht verwechselt wird.

Bei Syphilitikern wird übrigens auch die Entstehung des Magengeschwürs selbst nicht selten mit der syphilitischen Infektion in Zusammenhang gebracht. Das seltene Auftreten der Symptomentrias (Schmer-

Digitized by Google

zen, Erbrechen und Blutungen) läßt die von Dr. Chesin in seinem Kapitalwerk „Über das Ulcus rotundum des Magens bzw. des Duodenums". Moskauer Dissertation, 1911, S. 81) aufgestellte These, daß das Magengeschwür gar nicht so selten ist, wenn man jedem dieser Symptome an und für sich große Bedeutung beimißt, vollkommen gerecht erscheinen.

Auf Grund meines Falles glaube ich mit besonderem Nachdruck auf die Notwendigkeit größter Aufmerksamkeit in solchen verdächtigen Fällen hinzuweisen, selbst wenn sie Erscheinungen von chronischem Magen-Darm-Katarrh darbieten. Es müssen sämtliche Untersuchungsmethoden einschließlich der Röntgenoskopie angewendet werden, weil man die Möglichkeit im Auge behalten muß, zufällig auf ein „Magengeschwür" zu stoßen. Dies erscheint nach der Beschreibung meines Falles absolut notwendig.

Daß nicht nur die zweite, sondern schon die erste Salvarsaninjektion bei „Magengeschwür" verhängnisvoll werden kann, geht schon aus dem Falle von Jacquet hervor, der im Oktober 1910 in der Sitzung der Medizinischen Gesellschaft der Pariser Krankenhäuser kurz mitgeteilt wurde. In diesem Falle wurden bei dem 43jährigen Patienten, Alkoholiker, ohne vorangehende syphilitische Erscheinungen aufgenommen in die Klinik wegen ulzerösen Syphiloms des rechten Oberschenkels, mehrere Jahre hindurch bedeutende Störungen von seiten des Verdauungstraktus schmerzhafte Krisen, alimentäres Erbrechen (keine Hämatemesis), bedeutende Erweiterung des Magens, jedoch ohne Kachexie, beobachtet. Die Injektion von 0,5 Arsenobenzol hatte eine sehr heftige schmerzhafte Reaktion zur Folge; das Geschwür begann zu verheilen, aber am 7. Tage stellte sich reichliches Erbrechen mit schwärzlicher Flüssigkeit von saurem Geruch und Meläna ein. Die Anämie und Schwäche nahm rasch zu, und am 12. Tage nach der Injektion ging der Patient zugrunde. Bei der Autopsie fand man ein Geschwür mit kallösen Rändern, Pylorusstenose und Perihepatitis, sowie stark ausgesprochene Erweiterung des Magens. Der Verfasser führt diesen Ausgang auf das Arsenobenzol zurück, welches eine mächtige vasodilatatorische Wirkung besitzt (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, Sitzung vom 15. Okt. 1910, S. 177—200). In einer anderen Arbeit (L. Jacquet et A. Debat, Essai sur l'action trophique du mercure et du salvarsan chez les syphilitique. Ann. de Derm. et de syph., 1911, Nr. 8/9, S. 458) sagt der Verfasser in einer Fußnote, daß er von diesem Fall Prof. Ehrlich Mitteilung gemacht habe, und daß Ehrlich auf Grund dieser Mitteilung Magengeschwür nunmehr als Kontraindikation gegen die Anwendung von Salvarsan betrachtet. Mein Fall spricht nicht mit absoluter Sicherheit dafür, da die erste Salvarsaninjektion auch bei zwei Magengeschwüren sogar ohne jegliche Reaktion von

Digitized by Google

seiten des Organismus abgelaufen ist; man dürfte aber aus meinem Fall einen wichtigen Schluß in bezug auf wiederholte Injektionen ableiten können: die zweite Salvarsaninjektion kann mit solchen Reaktionserscheinungen einhergehen, wie sie bei der ersten nicht beobachtet worden sind. Davon konnte ich mich auch an der Hand anderer Fälle überzeugen, die in meiner Klinik beobachtet worden sind. Sowohl die Temperatursteigerungen als auch die subjektiven Erscheinungen (Kopfschmerzen usw.), die Erytheme und die allgemeine Schwäche sind bei manchen Patienten gerade nach der wiederholten Salvarsaninjektion (in einer Dosis von 0,4—0,3—0,5) stärker ausgeprägt und anhaltender, trotzdem ich zwischen den beiden Injektionen einen Zwischenraum von 10—12 Tagen habe eintreten lassen. Infolgedessen glaube ich, die rascheren Wiederholungen der Salvarsaninjektion, wie sie beispielsweise A. Neisser (Über moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans, Halle 1911, S. 31 — 0,3—0,6 pro die mit Zwischenpausen von 3—8 Tagen bzw. 0,4—0,6 intramuskulär alle 5—8 Tage oder intravenös alle 3—8 Wochen) und R. Sieskind (Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie. Berliner Klinik, Januar 1912 — bei florider Syphilis im Durchschnitt 3—4 mal zu je 0,5 intravenös, alle 3—4 Tage, Gesamtdauer der Kur 12—16 Tage) vorschlagen, als vollkommen gefahrlos nicht betrachten zu können.

Wie aus dem Falle von Jacquet zu ersehen ist, sind in bezug auf die schweren Nebenerscheinungen die Injektionen (in seinem Falle) und die Transfusionen (in meinem Falle) identisch, und infolgedessen muß auch die Bewertung der Vorsichtsmaßregeln gleichfalls die gleiche sein, was sich auf die frühzeitigere Unterstützung der beiden Salvarsantransfusionen durch eine intramuskuläre Injektion bezieht. In Anbetracht der Unregelmäßigkeit und andauernden Eliminierung des Arsens aus dem Organismus bei Salvarsantransfusionen, wie sie aus den Arbeiten von Fischer, Hoppe, Fraenkel, Grouven, Bernstein, Lockemann, Loeb, Stümpke und Hegfried u. a., sowie aus meinen Beobachtungen [1]) hervorgeht, kann man die Möglichkeit einer kumulativen Wirkung des Arsens auf den Organismus nicht in Abrede stellen. Daraus ergibt sich die große Gefahr der Transfusion.

Fischer und Zernick (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 34) konnten Arsen im Blut einige Monate nach der intravenösen Transfusion nachweisen, während Abelin (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2) einige Zeit hindurch im Blute unverändertes oder wenig verändertes Arsen

[1]) Ich habe einen Fall beobachtet, in dem ein praktischer Arzt, mit der Mania salvarsanica behaftet, einer Patientin mit Lichen planus einige (bis 6) Salvarsantransfusionen in relativ kurzer Zeit ($1^1/_2$—2 Monate) gemacht hat. Diese Patientin scheidet schon seit einem halben Jahre Arsen aus.

Digitized by Google

nachweisen und auf diese Weise die Annahme von dem raschen Verschwinden des Salvarsans aus dem Blute bei intravenöser Einführung desselben widerlegen konnte. Gleichzeitig möchte ich auch darauf hinweisen, daß das Salvarsan in bezug auf geschlossene Geschwüre der Schleimhäute keine vernarbenden Eigenschaften besitzt: die Magengeschwüre sind innerhalb 12 Tagen nach der ersten Salvarsaneinführung nicht vernarbt.

Ein Fall von Parakeratosis variegata (Unna) — Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Parapsoriasis en gouttes (Brocq [1]).

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 1 Abbildung im Text und 1 Tafel.)

M. H.! Ich stelle Ihnen einen 38jährigen, bisher stets gesunden, erblich nicht belasteten Kranken vor, der mich vor einigen Monaten wegen eines seit 7 Jahren bestehenden Hautleidens aufsuchte. Dieses kommt äußerst selten vor und wurde zum ersten Male 1890 von Unna als Parakeratosis variegata beschrieben; eine zweite Form 1894 von Jadassohn als Exanthema psoriasiforme lichenoides und eine dritte 1893 von Brocq unter dem Namen „Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées". 1902 faßte letzterer diese 3 Formen zusammen, da er sie als verschiedene Typen derselben Affektion betrachtete, die er vorläufig Parapsoriasis benannte und in 3 Unterformen teilte, nämlich Parapsoriasis en gouttes, en plaques und lichenoide. Die Parakeratosis variegata von Unna identifizierte er mit seiner Parapsoriasis lichenoides, das Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) mit der Parapsoriasis en gouttes und seine „Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées" mit Parapsoriasis en plaques.

Der vorliegende Fall entspricht genau dem Typus der Parapsoriasis en gouttes (Exanthema psoriasiforme lichenoides). Der Kranke zeigt ein Exanthem, das in der Hauptsache makulös, leicht papulös und mit einigen lichenoiden Effloreszenzen untermischt ist. Es besteht seit 7 Jahren, ist nie völlig geschwunden und nimmt den ganzen Thorax,

[1]) Vortrag in der Kais. Med. Gesellschaft zu Konstantinopel.

Digitized by Google

den Rücken, in größerer Menge den Hals, in geringerer die Ober- und Unterextremitäten ein; das Gesicht ist frei. Die Einzeleffloreszenzen dieses Exanthems bilden zum größten Teile Flecke und sehr flache lentikuläre Papeln von runder oder unregelmäßiger Form, die ungefähr linsengroß oder etwas größer sind, teilweise nicht schuppen, meistens aber mit feinen, festhaftenden Schuppen bedeckt sind. Die Mehrzahl dieser Papeln ist flach, wenig eleviert, wenig infiltriert, rosa bis rot und braungelb gefärbt; sie haben jedoch nicht die kupferrote Farbe und die derbe Infiltration der syphilitischen Papeln. Die wenigen, etwas über stecknadelkopfgroßen, lichenoiden Knötchen sind nicht gedellt und nicht glänzend wie beim Lichen planus; manche von ihnen tragen kleine, festhaftende Schüppchen. Diese sind zart und werden erst beim Kratzen sichtbar; bei den älteren Effloreszenzen ist die Schuppe deutlich braungelblich sichtbar wie ein gleichmäßiges, dünnes Kollodiumhäutchen, sie liegt im Niveau der Haut den Effloreszenzen glatt auf und läßt sich mit dem Nagel im ganzen wie ein dünnes Blatt oder ein Zigarettenpapier abheben. Wenn man diese Schuppe bei den älteren Knötchen abhebt, so erscheint eine leicht rosagefärbte Fläche, auf der aber keine Blutpunkte, wie bei Psoriasis, hervortreten; wenn man dagegen bei den jüngeren Effloreszenzen die Schuppe durch Kratzen gewaltsam entfernt, erscheinen jene purpurfarben oder hämorrhagisch punktiert. Am Ende der Evolution dieser Effloreszenzen erscheint die Schuppe wie an der Haut festgeklebt, wo dann die Oberfläche leicht gefältelt und erstere im Zentrum etwas deprimiert und atrophisch ist. An der Innenfläche der Finger und auf der Handfläche sieht man in der Mitte einiger Effloreszenzen einen dunkelroten, auf Druck nicht verschwindenden Punkt, der wahrscheinlich durch die gewaltsame Entfernung der feinen Schuppen mit dem Nagel entstanden ist. Auf dem Stamme und dem Halse sind die Effloreszenzen sehr zahlreich und stehen dicht aneinander, so daß sie den ganzen Thorax

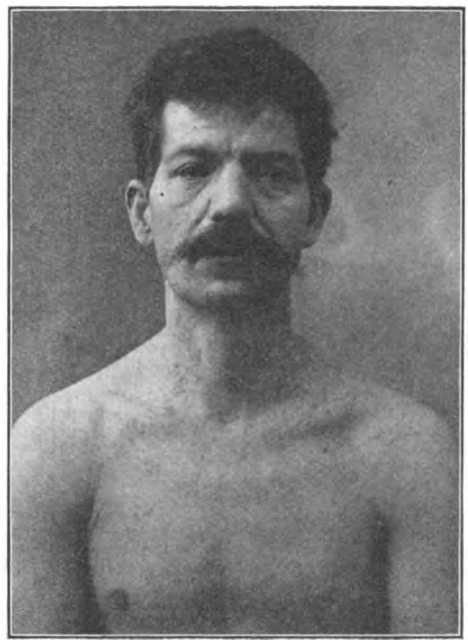


Fig. 1.

Digitized by Google

besetzen, während sie auf den oberen Extremitäten in geringerer Anzahl vorhanden sind. Nur auf den Armen sieht man u. a. auch einige 2 bis 4 cm große, feinschuppende pityriasiforme Plaques, die an trockene Ekzemherde erinnern. Auf den Unterextremitäten ist das Exanthem wenig ausgesprochen und besteht nur aus einigen verstreuten Efflores-zenzen. Die Prädilektionsstellen der Psoriasis sind nicht eingehalten, Ellbogen und Knie frei. Auch sieht man keine silberweißen Schuppen und nach deren Entfernung mit dem Nagel nicht die glatte, glänzende Fläche mit den charakteristischen Blutpunkten. Ebenso ist der Krankheits-verlauf ganz anders wie bei Psoriasis: dieser Ausschlag besteht seit sieben Jahren, ohne auch nur einen Tag verschwunden zu sein, und trotzt jeder Behandlung; bei der Psoriasis dagegen verschwindet das Exanthem oft völlig, tritt aber wieder auf; dieses Exanthem juckt auch nicht. Der in Frage stehende Ausschlag, der seit sieben Jahren vorhanden ist, ohne sein Aussehen geändert zu haben, gleicht auf den ersten Anblick täuschend einer sekundär-syphilitischen Eruption. Und tatsächlich war auch von mehreren Ärzten die Diagnose auf Syphilis gestellt und der Kranke während der ganzen sieben Jahre einer großen Zahl von Quecksilberkuren unterzogen worden. Im ersten Jahre erhielt er 60 Einreibungen und 50 Injektionen, im 2.—4. je 50 Injektionen, im 5. und 6. Jahre ver-schiedene Salben, und kürzlich erst wieder 28 Einreibungen und 25 In-jektionen. Doch weder durch das Quecksilber noch durch die äußerlich angewendeten Mittel wurde das Exanthem irgendwie verändert. Gerade diese jahrelange Dauer, diese Erfolglosigkeit jeder äußerlichen Therapie, das Fehlen des Juckreizes, das unveränderte Aussehen des Exanthems, das von Anfang an immer dieselbe makulöse, leicht papulöse Form zeigte, die größere oder geringere Ähnlichkeit mit einer abortiven Psoriasis oder mehr noch mit einem makulo-papulösen oder lichenoiden Syphilid bilden die klinischen Charaktere dieser seltenen, von Brocq „Parapsoriasis en gouttes“ benannten Krankheit.

Vor Brocq hatten schon andere Verfasser einige Formen dieser Affektion beschrieben; den ersten Typus, wie bereits gesagt, 1890 Unna, Santi und Pollitzer. Es handelte sich in zwei Fällen um eine chronisch-progressive Hauterkrankung, die sich aus flachen Knötchen oder Plaques zusammensetzte, die durch Konfluenz Ring- und Netzform bildeten. Die Papeln waren flach, mit einer dicken Hornschicht bedeckt, glatt und wachsartig glänzend wie die des Lichen planus oder mit rissigen Schuppen und Schüppchen bedeckt. Die Farbe der Knötchen ohne Schuppen war gelbbraun, hellrot, bläulichrot oder dunkelblaurot. Infolge dieser ver-schiedenartigen Färbung und der Neigung zur Ring- und Netzbildung bot die Affektion einen bizarren, gesprenkelten, marmorierten Anblick

Digitized by Google

und deshalb gab ihr UNNA den Namen Parakeratosis variegata. Histologisch fand er im Papillarkörper Erweiterung der Gefäße, mäßiges Ödem, leichte Entzündung, Zellvermehrung längs der Gefäßwände und unbedeutende Diapedese; die Kutis war intakt. Die Stachelschicht war ein wenig verdickt, es fanden sich einige Wanderzellen, keine Mitosen.

Im Jahre 1896 beschrieb JADASSOHN den zweiten Typus dieser Krankheit als Exanthema psoriasiforme lichenoides. Es betraf einen Mann, der seit vier Jahren von einem unregelmäßig verstreuten Exanthem befallen war, das sich aus roten, stecknadelkopf- bis kleinlinsengroßen, runden oder ovalen, mit feinen Schuppen bedeckten Knötchen zusammensetzte. Wenn man stark kratzte, zeigte sich Neigung zum Bluten, doch waren es nicht die isolierten Blutpunkte der Psoriasis. Es bestand kein Juckreiz, die Schleimhäute waren völlig frei, und der Ausschlag verhielt sich sehr resistent gegen lokale Behandlung; Pyrogallol wirkte noch am ehesten. Histologisch fand JADASSOHN Rundzelleninfiltration um die Papillargefäße, leichte Proliferation der Stachelzellen; die Hornschicht war normal keratinisiert, nur stellenweise sah man Kerne. Im Jahre 1900 kam JADASSOHN auf dieses Thema zurück und nannte die Krankheit Dermatitis psoriasiformis nodularis.

Den dritten Typus dieser Erkrankung, der in morphologischer Hinsicht von denen von UNNA und JADASSOHN abweicht, beschrieb 1897 BROCQ unter dem Namen der „Erythrodermies pityriasiques en plaques" einer Dermatose, die klinisch durch pityriasiforme, disseminierte, 2—6 cm große, nicht juckende, feinkleiig abschuppende Herde charakterisiert ist, die einen schleppenden Verlauf nehmen und sehr resistent gegen die Therapie sind. Mikroskopisch fand sich sehr geringe Infiltration im Papillarkörper, etwas Akanthose und keine oder nur geringe Parakeratose. BROCQ zeigte dann, wie gesagt, 1902 auf Grund einiger Beobachtungen, daß diese drei Typen zu einer und derselben Krankheit gehören und daß es Übergänge zwischen diesen morphologisch verschiedenen Formen gibt; deshalb vereinigte er sie in ein Krankheitsbild und nannte sie vorläufig „Parapsoriasis lichenoide" (Parakeratosis variegata UNNA), „Parapsoriasis en gouttes" (Exanthema psoriasiforme lichenoides JADASSOHN) und „Parapsoriasis en plaques" (Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées BROCQ).

Einen dem JADASSOHNschen Falle analogen zeigten NEISSER 1894, JULIUSBERG 1897, PINKUS und RONA 1898. JULIUSBERG zeigte 1899 unter dem Namen Pityriasis lichenoides chronica zwei Fälle, die histologisch und klinisch ebenfalls mit der Beobachtung von JADASSOHN übereinstimmten. Ähnliche Fälle veröffentlichten EUDLITZ 1898 als „Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloide" und 1903 BUCEK (zweiter Fall).

Digitized by Google

Jamieson beschrieb 1898 drei Fälle, die der Parakeratosis variegata Unna entsprechen; ebenso Radcliffe Crocker einen Fall als Lichen variegatus. Letzterer erkannte auch an, daß die von Jadassohn und Brocq beschriebenen Formen morphologisch verschieden sind, aber eine selbständige Gruppe bilden, die zur Klasse der Lichenformen gehört. Colcott Fox und Mac Leod publizierten 1901 eine der Parakeratosis variegata entsprechende Beobachtung; histologisch fanden sie die Kapillaren erweitert, ihre Peripherie mit kleinen Zellen infiltriert, den Papillarkörper ödematös, die Papillen abgeplattet, ja verschwunden, so daß es schwer war, die Grenze zwischen Kutis und Epidermis zu sehen. Letztere war verdünnt, zwischen den Zellen fanden sich Ödem und einige ausgewanderte Leukozyten, die Körnerzellen waren ödematös und an einigen Stellen verschwunden; dort sah man dann in der Hornschicht Kerne. Colcott Fox und Mac Leod erkannten auch, daß die drei von Unna, Jadassohn und Brocq beschriebenen Typen in eine Gruppe gehören, für die sie den Namen „Resistent maculo-papular scaly erythrodermies" vorschlugen. Sie nahmen nach dem allgemeinen und dem histologischen Bilde an, daß es sich um vasomotorische Störungen handle mit Ödem und Infiltration der Kutis und mit sekundären Veränderungen in der Epidermis.

Abraham 1902 und Bucek (erster Fall) 1903 zeigten ebenfalls dem Unnaschen Typus entsprechende Fälle. Histologisch fanden sich in letzterem die Gefäßwände infiltriert, im Papillarkörper ein aus Mononukleären, Polynukleären und Mastzellen bestehendes Infiltrat, die Papillen abgeplattet, die elastischen Fasern im Bereiche des Papillarkörpers rarefiziert; es sind Elazinfasern vorhanden, die Stachelschicht ist ödematös, die Körnerschicht fehlt an einigen Stellen, wo die Hornschicht, die auch polynukleäre Leukozyten enthält, Kerne aufweist. Die Grenze zwischen Kutis und Epidermis ist deutlich. Bucek schließt auch, daß die Fälle von Unna, Jadassohn und Brocq verschiedene Formen derselben Dermatose sind.

J. Csillag (1905), der einen Fall von Parakeratosis variegata beobachtete, identifizierte ihn mit dem Jadassohnschen Typus, da er sicher den Übergang der einen Form in die andere sah.

1900 veröffentlichte White zwei der „Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées" (Brocq) analoge Fälle. Histologisch fand er in einem Falle die Hornschicht normal keratinisiert, die Stachelschicht ödematös, das Stratum germinativum stellenweise fehlend und die Papillen mit runden Zellen, die stark gefärbte Kerne hatten, infiltriert. Im anderen enthielt die verschieden starke Hornschicht stellenweise einige Kerne, die Stachelschicht war aus unregelmäßigen, schlecht gefärbten Zellen

Digitized by Google

zusammengesetzt, die Keimschicht fehlte und war durch Lymphozyten ersetzt, die Epithelzapfen waren lang und schmal, die Papillen verbreitert, ödematös, mit Lymphozyten (hauptsächlich um die Gefäße herum) infiltriert.

1904 beschrieb Rille eine der Jadassohnschen Form bzw. der Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg) analoge Beobachtung. Er reiht diesen Typus im System hinter (nicht unter) die Lichenformen ein und trennt ihn von den „Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées" (Brocq), welch letztere er der „zirkumskripten idiopathischen Hautatrophie" zuzählt.

1905 folgten mehrere Beobachtungen von Parapsoriasis, z. B. von Riecke und Kreibich, und 1909 eine von Veress. Letzterer hält die drei Typen, obwohl sie morphologisch different sind, für eine und dieselbe Dermatose, die die Charaktere einer oberflächlichen Entzündung und einer mäßigen Parakeratose zeigt. Im Falle von Riecke, aus Rilles Klinik, war ausnahmsweise auch die Mundschleimhaut befallen.

1906 beschrieb Ravogli und 1901 Casoli einen dem Brocqschen Typus entsprechenden Fall; letzterer unter der Bezeichnung „Dermatose squameuse anormale". 1905 veröffentlichte Crocker neun Fälle als „Xantho-erythrodermia perstans", die er zuerst der Parapsoriasis en plaques anreihte; bald aber änderte er seine Meinung und betrachtete jene als eine neue Affektion.

1906 veröffentlichte Civatte eine bemerkenswerte Abhandlung über Parapsoriasis; er hatte eingehend die ganze Literatur und sorgfältigst alle von Brocq beschriebenen Fälle studiert, denen er dann seine persönlichen Beobachtungen hinzufügte. Auch die Histologie der „Parapsoriasis en gouttes et en plaques" studierte er genau; er fand im ersten — pseudolichenoiden — Stadium „die Papillen verlängert, kongestioniert, ödematös, Zellmäntel, die hauptsächlich aus Lymphozyten bestehen, um die Gefäße die Schleimschicht hyperakanthotisch mit geringem inter- und intrazellulärem Ödem und geringer Exozytose, die Keratinisation gestört, so daß eine mehr oder weniger verdickte, ungleichmäßige, stellenweise parakeratotische Hornschicht entsteht. Im zweiten, älteren Stadium, wo die Epidermis degeneriert und zur Schuppe geworden ist, sind die Papillen abgeplattet, verbreitert, das Bindegewebe ist locker, die elastischen Fasern rarefiziert, ab und zu sind eine oder zwei Papillen kongestioniert und leicht infiltriert; in einigen sieht man unregelmäßige Haufen von Lymphozyten mit Epitheloid- und einigen Riesenzellen, die an Lichen scrophulosorum oder Tuberkulide erinnern. Die interpapillären Zapfen sind in die Länge gezogen, verschmälert, das Stratum germinativum fehlt oder ist degeneriert, deformiert, aber noch erkenntlich, das Stratum mucosum ist atrophisch, abnorm dünn, die Stachelzellen herdweise degeneriert, schlecht gefärbt,

Digitized by Google

teilweise oder ganz nekrotisch, in Umwandlung zur Schuppe begriffen. Die Verhornung ist anormal, die Hornschicht ist verdickt und bildet eine dicke, kompakte Schuppe ohne Kerne mit einigen parakeratotischen Stellen". Civatte neigt zu der Ansicht hin, daß die Parapsoriasis eine atypische Form der Hauttuberkulose ist, da er in einigen Fällen tuberkulöse Antezedenzien feststellen konnte. Doch hat er in den Schnitten keine Kochschen Bazillen gefunden und in seinen Fällen weder die allgemeine noch die lokale Tuberkulinreaktion vorgenommen. Auf Grund seiner histologischen Befunde nimmt Civatte an, daß die Parapsoriasis en gouttes und en plaques identische Affektionen sind. Hingegen möchte er die lichenoide Form, die Brocq mit der Parakeratosis variegata (Unna) oder dem Lichen variegatus (Crocker) identifiziert, aus der Gruppe der Parapsoriasis ausscheiden, da er sie für identisch mit der Atrophia cutis idiopathica hält. Das Exanthema psoriasiforme lichenoides Jadassohn ist nach ihm aber gleich der „Parapsoriasis en gouttes".

1907 untersuchten Milian und Pinard zwei Fälle von Parapsoriasis und traten der Ansicht von Civatte bei indem sie jene zu den Tuberkuliden rechneten. In dem einen Falle bestand Akroasphyxie der Hände, Kamptodaktylie, Induration der rechten Lungenspitze; mikroskopisch fand sich in einer papulösen Effloreszenz ein perifollikuläres Infiltrat mit Riesenzellen und hyaliner Degeneration des Bindegewebes, sowie ein anderes, einem Lupusknötchen analoges Infiltrat. Ein zweiter Patient von Milian reagierte auf Tuberkulin; die histologischen Veränderungen waren die einer einfachen chronischen Entzündung. Außerdem hatte der Kranke Akroasphyxie, Mikropolyadenopathie, einen eingesunkenen Thorax, vorspringende Schulterblätter und Erniedrigung des arteriellen Druckes auf 15—16.

Verroti beschrieb 1910 einen Fall von Parapsoriasis lichenoides (Brocq) s. Parakeratosis variegata (Unna). Er fand in der Kutis Herde von Riesenzellen und Nekrose, weswegen er den Fall, wie Civatte und Milian, zu den papulo-squamösen Tuberkuliden rechnet. Einen gleichen Fall veröffentlichte Whithfield (1911), der einem Lichen sehr ähnlich war, sich aber von ihm durch verschiedene Merkmale, Fehlen der Streifen usw., unterschied. 1909 erschien ein Fall von „Parapsoriasis en gouttes" von Bonnet, der die drei Typen von Unna, Jadassohn und Brocq für wesengleich hält, der Meinung von Civatte und Milian aber nicht beipflichtet. Ein Fall von „Parapsoriasis en plaques" stammt von Bogrow (1910), der mikroskopisch im Papillarkörper Entzündungsherde mit konsekutiver Atrophie feststellte. Obwohl bei diesem Kranken Tuberkulose in der Aszendenz vorhanden war, konnte bei ihm

Digitized by Google

weder klinisch noch durch die Tuberkulinprobe ein Anhaltspunkt für jene gefunden werden. Ein Fall von Terebinski (1911), entsprechend dem Typus von Jadassohn, glich klinisch einer elevierten syphilitischen Roseola (es bestand auch Drüsenschwellung), unterschied sich jedoch von Syphilis durch den klinischen Verlauf, die negative Wassermannsche Reaktion, die lebhaftere Rotfärbung usw. Histologisch: Infiltrationsherde, die aus mononukleären und polynukleären Leukozyten bestanden; die Gefäßwände normal und auch sonst keine Zeichen von Entzündung. Kudriawsky demonstrierte 1911 einen Fall von Parapsoriasis.

1907 beschrieben Gueybat und Pautrier einen Mischfall von „Parapsoriasis en plaques" und „en gouttes". Mikroskopisch fand sich Ödem und Infiltration des Papillarkörpers, Infiltration um die Gefäße von der Mitte der Kutis bis hinauf zu den Papillenspitzen, keine Epitheloid- und Plasmazellen, nur Lymphozyten, Bindegewebszellen und Herde von Polynukleären, doch keine Abszesse. In der Epidermis starke Auswanderung von Leukozyten, teilweise Degeneration der Basalzellen, eine kompakte, homogene Schuppe, keine Parakeratose. Im Jahre 1911 teilte Felix Heller drei Fälle von Pityriasis lichenoides chronica und einen Fall von „Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées" mit. Nach ihm müssen diese beiden Gruppen voneinander getrennt werden und dürfen nicht unter dem Namen Parapsoriasis vereinigt werden.

Aus diesem historischen Überblick ergibt sich, daß die Mehrzahl der Verfasser die Parakeratosis variegata Unna, das Exanthema psoriasiforme lichenoides Jadassohn und die „Erythrodermies en plaques disseminées" Brocq für drei morphologisch verschiedene Typen derselben Krankheit hält, die Brocq Parapsoriasis (en plaques, en gouttes und lichenoide) nannte; diese drei Typen haben mehrere klinische und histologische Merkmale gemeinsam. Histologisch fanden die Verfasser oberflächliche entzündliche Gefäßveränderungen der Kutis mit sekundärer Alteration der Epidermis infolge vasomotorischer und entzündlicher Störungen. Civatte, der die Parapsoriasis eingehend bearbeitet hat, trennt die Parakeratosis variegata von den beiden anderen Formen und reiht sie bei den idiopathischen Hautatrophien ein. Die zwei übrigen Typen betrachtet er wegen des Befundes von Riesen- und Epitheloidzellen sowie von Nekrosen im Bindegewebe als eine Form der Tuberkulide. Milian, Pinard und Verroti teilen diese Ansicht; denn der erste fand in einem Falle ein perifollikuläres Infiltrat mit Riesenzellen, im anderen erhielt er positive Tuberkulinreaktion, obwohl die Läsionen histologisch nur eine einfache chronische Entzündung vorstellten.

In unserem Falle prädominierten die „tropfenförmigen" Effloreszenzen,

Digitized by Google

doch sah man auch einige ganz kleine lichenoide und sehr spärliche plaqueförmige Elemente. Es bildet also unser Kranker einen Übergangsfall zwischen den drei Typen, wie sie einige Male von Brocq berichtet wurden.

Die Krankheit ist, wie gesagt, gegen die äußerliche Therapie sehr resistent; nach einigen Verfassern, wie Jadassohn und Brocq, ist die einzige Behandlung, die halbwegs gute Resultate gibt, die mit Pyrogallol äußerlich und Arseninjektionen. Unser Kranker erhielt seit drei Monaten in kurzen Intervallen Arseninjektionen, bevor wir Pyrogallol anwandten, da wir vorher noch einige andere externe Behandlungsmethoden versuchen wollten. Die relativ besten Resultate haben wir bis jetzt mit der verdünnten oder konzentrierten Lösung von Calcium sulfuricum erzielt. Es ist wirklich wunderbar zu sehen, wie unter Anwendung dieses Mittels der Ausschlag fast völlig verschwindet; aber schon nach einigen Tagen erscheinen wie durch Zauberei wieder eine Menge neuer Effloreszenzen, doch scheint sich ihre Zahl etwas zu verringern. Wir werden die Arseninjektionen fortsetzen und auch Pyrogallol anwenden.

(Schluß folgt.)

Berichtigung zu der Arbeit von Scholtz und Riebbes in Band 54, Nr. 24 dieser Wochenschrift.

Auf Seite 700 soll es im zweiten Absatz nicht heißen „3 Injektionen zu 0,4 bis 0,45 innerhalb von 24 Stunden" sondern: „3 Injektionen zu 0,3—0,45 innerhalb von 24 Stunden". „Die Gesamtmenge Salvarsan, die wir bei dieser Verteilung auf 3 Injektionen geben, beträgt gewöhnlich 1,0—1,2."

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 2. VI. 12.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus.

1. Pinkus spricht, als Diskussionsbemerkung zum Vortrag von Fr. Lesser über epileptische Anfälle bei Salvarsan, über Hirnschwellungserscheinungen bei Syphilisbehandlung. Er demonstriert die Präparate eines tödlich verlaufenen Falles nach Salvarsaninfusion (0,3+0,5) und vergleicht die hier gefundene Encephalitis haemorrhagica mit den Apoplexien und Hirnnervenlähmungen, die als seltene Ereignisse sich im Beginn von Hg-Kuren bei alter Syphilis einstellen. Er glaubt nicht, daß es sich um Salvarsanintoxikationen handelt, sondern um ödematöse Schwellungen und Hyperämien, die durch einen von der Syphilis abhängigen Stoff, eine Art von Syphilin, unter dem Ansturm der Salvarsanwirkung zustande kommen.

2. E. Lesser hält die epileptischen Anfälle nach Salvarsan viel eher für Ver-

Digitized by Google

giftungserscheinungen, bei Hg-Behandlung sind ähnliche Zustände nie gesehen worden. Für das Schicksal der Kranken ist es gleichgültig, ob wir diese Zufälle als Intoxikationen oder als Analoga der Herxheimerschen Reaktion auffassen, doch für die Vermeidbarkeit wäre es günstiger, wenn es Herxheimersche Reaktionen wären. Handelt es sich um Intoxikationen, so ist es nicht möglich zu sagen, wann diese Wirkung auftreten wird. Man darf nicht zu pessimistisch sein, bei solchen differenten Mitteln müssen wir auf schädliche Wirkungen gefaßt sein, die Gefahrquote ist aber gering.

3. O. Rosenthal sieht die tödlich verlaufenden Hirnerkrankungen als Intoxikationserscheinungen an. Bei der Reaktion auf Hg ist nur an die Syphilis als Ursache zu denken, beim Salvarsan aber immer an das As. Förster hat bei Tabes nur vom Kalomel großen Nutzen gesehen, aber keinen vom Salvarsan. Das Hg ist als starkes Tonikum bei der Syphilis zu betrachten (große Gewichtszunahmen bei der Hg-Kur, Nonne).

4. H. Isaac hält starke Änderungen der Lebensweise nach der Salvarsanbehandlung für sehr gefährlich (große Reisen). Ganz dasselbe erlebt man kurz nach dem Überstehen schwerer Infektionserkrankungen (Mikrobismus, Ruhemann). Die sekundäre Syphilis bildet auch hier die größte Gefahr, sie reagiert überhaupt viel stärker als die tertiäre Syphilis bei derselben Salvarsanlösung. Ein schwerer Kollaps wurde von ihm durch hohe Chiningaben am Leben erhalten: derselbe Anfall war bei diesem Patienten vor Jahren während einer Malaria durchgemacht worden, es handelte sich diesmal wohl auch um die Neuauslösung eines schweren Malariafalls durch die Salvarsangabe. Wichtig ist es, nach den kleinsten Salvarsandosen zu suchen, die noch wirken.

5. Baum glaubt nach einem von ihm beobachteten Fall (6 Tage lange Temperatursteigerung nach der 2. Salvarsangabe von 0,4 bei Primäraffekt mit positivem Wassermann) mit Kollaps und Bewußtlosigkeit an Herxheimersche Reaktion im Gehirn. Herxheimersche Reaktion innerer Organe ist auch bei Hg gar nicht so extrem selten.

6. M. Friedländer hat einen Fall von epileptischen Anfällen bei Syphilis gesehen, der auf die von ihm geübte Behandlung von 6 mal 0,1 Salvarsan schnell und völlig geheilt ist. Bei anderen Krankheiten, die mit Salvarsan behandelt wurden, ist nie etwas ähnliches wie die tödlichen Hirnerkrankungen gesehen worden. Der Wasserfehler kommt hierbei nicht in Betracht, wie er durch genaue Vergleichsuntersuchungen gefunden hat, die paar Wasserleichen können keine so starke Wirkung ausüben. Er stellt die Formel auf S(alvarsanmenge) · K(onstitution) = N(ebenerscheinungen). Er selbst hat nie eine Herxheimersche Reaktion an den syphilitischen Effloreszenzen gesehen, alle reaktiven Ausschläge hält er für toxische Erytheme. Bisher hat nur die intravenöse Behandlung zu tödlichem Ausgange geführt. Von der größten Wichtigkeit ist es, nur kleine Dosen anzuwenden.

7. Roscher hat bei frischer Syphilis (Primäraffekte, noch kein Exanthem) nach der ersten Injektion Krampfanfälle und schwere Bewußtlosigkeit gesehen, die nach einigen Tagen wieder schwanden.

8. Eckert rechnet das Salvarsan zu den Kapillargiften (W. Heubner). Er berichtet den Fall eines intravenös injizierten Kindes, das 3 Wochen nach der Infusion Hautblutungen aufwies, die nachher alle aseptisch nekrotisierten.

9. Blaschko stimmt aus Gründen der Logik der Deutung als Herxheimersche Reaktion an unveränderten Organen nicht zu.

10. Tomasczewski vergleicht die Hirnstörungen am ehesten den Spätexanthemen nach Salvarsan an der Haut.

11. Bruhns hat während einer Neosalvarsaninfusion schweren Kollaps, schwache Herztätigkeit, Erbrechen, scharlachrotes Erythem, mit Urtikaria, beobachtet, Ausgang gut. Hier handelt es sich um eine Idiosynkrasie.

Digitized by Google

12. Pielicke hält das Salvarsan für ein recht toxisches Produkt. Er wendet sich gegen die oft den Salvarsan anwendenden Ärzten gemachten Vorwürfe, daß, wenn sie eine besonders unangenehme Nebenerscheinung beschreiben, sie immer gleich von autoritativer Seite die Zurechtweisung erfahren, daß da wohl irgend etwas nicht ganz richtig gemacht worden sei. Das an einzelnen Behandlungsstellen gehäufte Vorkommen von Nebenerscheinungen hängt vielleicht nicht bloß mit der geringeren Sorgfalt der Anwendung des Mittels, sondern auch mit der Publikationsart anderer Stellen zusammen.

13. Adler berichtet einen Fall von schwerem Neurorezidiv nach Salvarsan, das durch die alte Syphilistherapie nicht beseitigt werden konnte, aber nach erneuter Salvarsananwendung verschwand.

14. Ledermann bemerkt, daß bei der allgemeinen Einschüchterung, die zurzeit besteht, es das beste wäre, wenn der Vorsitzende ungefähre Normen, wie sie einzuhalten wären, geben würde. Auf diesen Punkt kann der Vorsitzende aber im Rahmen der heutigen Diskussion nicht eingehen.

15. W. Friedländer hat eine entfernte Thrombophlebitis (am Oberschenkel) 3 Tage nach einer Infusion, sowie einige andere Zufälle im Anschluß an diese Therapie gesehen.

16. Pinkus berichtet noch einen Fall, in dem nach Aderlaß und Kochsalzklistieren die ganze Nacht hindurch die Patientin geheilt wurde.

17. Fritz Lesser berichtet über die seit seinem Vortrage neu hinzugekommenen Fälle, welche eine ganz erhebliche Gesamtzahl ausmachen. Von diesen Fällen haben neun eine zweite Einspritzung bekommen, davon waren sechs unbehandelte Syphilis: die Menge des Salvarsans macht es, gegen Herxheimersche Reaktion spricht alles: daß das Ereignis so oft bei wiederholter Infusion zustande kommt, daß es erst nach mehreren Tagen zustande kommt, daß es ohne lokale syphilitische Erkrankung im Gehirn zustande kommt. Dabei gibt es eine richtige Herxheimersche Reaktion im Gehirn mit tödlichem Ausgang. Das Salvarsan hat entschieden einen neurotropen Einfluß, wir haben jetzt viel mehr Hirnsyphilis als wir bei reiner Hg-Behandlung hatten, und dabei behandeln wir ja gerade so energisch, um die spätere Hirnsyphilis (Tabes und Paralyse) zu verhüten. Wir müssen in der Indikationsstellung strenger werden, und uns namentlich fragen, ob es nötig ist, bloß auf positiven Wassermann hin eine längere Salvarsanbehandlung einzuleiten. Bei frischen Fällen liegt es ganz anders, diese sind sicher viel häufiger durch Salvarsanbehandlung ganz zur Ausheilung gekommen als früher, und auf diese Chance hin können wir auch Unglücksfälle riskieren.

18. Schlenzka demonstriert ein Instrument zur Verwendung am Goldschmidtschen Endoskop, das Behandlung in der Urethra anterior und posterior erlaubt.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

März 1912, Bd. 19, Heft 3.

Über „Granuloma pediculatum" (sog. menschliche Botryomykose), von Wilhelm Henck-Bonn. Der Verfasser sucht die Auffassung über die Stellung der Botryomykose im System der granulierenden Prozesse der Haut und in der Abgrenzung gegenüber echten Tumoren zu klären, einer Krankheit, die bisher in der Tierpathologie studiert ist. Die Botryomykose ist eine eigentümliche geschwulstartige Bildung der Haut, die in einer bindegewebigen Wandung oft ausgedehnte Abszesse oder Fistelgänge

Digitized by Google

mit flüssigem, eiterähnlichem Inhalt umschließen. Von den verschiedenen Verfassern wird diese eigentümliche Geschwulst als Granulationsgeschwulst aufgefaßt, wobei als Ursache eine Staphylokokkeninfektion angesehen wird. Aus der mit Krankheitsfällen angegebenen Literatur geht hervor, daß es sich um ein Krankheitsbild handelt, das durch seine pilzartige Form und den schmalen Stiel mit der kragenförmig an ihm heraufziehenden Epidermis, ferner durch die feinste granulierende Oberfläche, durch die Neigung zu Blutungen und die Art seiner Entstehung meist im Anschluß an Verletzungen mit folgenden sehr heftigen Blutungen charakterisiert ist. Nur über den histologischen Aufbau und die Natur dieser Wucherungen sind die Meinungen noch geteilt.

Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich auf 2 Fälle seiner Klinik, die zu folgenden Schlüssen führen: Für den Namen Botryomykose wünscht er den Namen Granuloma pediculatum, und zwar Granuloma pediculatum simplex, das abgesehen von seinem Bau eines Granulationsgewebes Neigung zu Gefäßektasien und Wucherung der Endothelien zeigt, während Granuloma pediculatum angiomatosum, welches sich durch Bildung exzessiv großer Blutgefäßräume und meist durch Anhäufung der Spindelzellen auszeichnet.

Aus der Entwicklung, Bau, Sitz und Gutartigkeit ist zu entnehmen, daß es sich um ein einfaches entzündliches Granulom handelt, durch Trauma und Infektion entstanden. Von dem einfachen Granulationsgewebe unterscheidet es sich durch die starken Gefäßektasien, die entzündlichen Wucherungen und die ausgesprochene perivaskuläre Ansammlung von Spindelzellen; von den echten Tumoren unterscheidet es sich durch seine Benignität und seine histologische Struktur. Ob der Staphylococcus pyogenes aureus als Ätiologie eine Rolle spielt, ist nicht erwiesen. Das Granuloma pediculatum des Menschen ist nicht identisch mit Botryomykose des Tieres.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 15, Heft 7, April 1912.

1. Offener Brief an den Herausgeber, von Paul Ehrlich. Ehrlich warnt vor der Herstellung der Salvarsanlösungen, wie sie Kopytowsky empfiehlt; die schon von Kopytowsky angegebene Verfärbung seiner Lösungen beruht nach Ehrlich auf einer Zersetzung, bei der sich arsenige Säure in erheblichen Mengen abspaltet.

2. Beitrag zum Studium der Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis, von Karl Vignolo-Lutati. Verf. weist auf einige Beobachtungen von Raynaudscher Krankheit hin, bei denen nicht nur mit Sicherheit eine frühere syphilitische Infektion festgestellt werden konnte, sondern noch syphilitische Manifestationen nachzuweisen waren. Der Artikel wird fortgesetzt.

Bd. 15, Heft 8, Mai 1912.

1. Zur Diagnose der Ulcera dura, von Dreyer-Cöln. Verf. hat unter allen Zeichen, die nach den Lehrbüchern den Primäraffekt charakterisieren, keines von solcher Klarheit und Konstanz und so ausschließlich auf syphilitische Geschwüre beschränkt gefunden wie eines, das kein Lehrbuch verzeichnet: nämlich den erosiven Rand der Geschwüre. Der erosive Rand hat eine ganz verschiedene Breite, die bis zum Drittel eines Millimeters heruntergehen kann. Er fehlt fast niemals, mag auch die eigentliche Ulzeration noch so groß sein. Manchmal läßt sich erst nach Reinigung des Geschwüres der erosive Rand sichtbar machen, der sich manchmal nur an einer Seite findet, und

Digitized by Google

zwar an derjenigen, nach der das Geschwür fortschreitet. Von Sitz und Form der Schanker ist der erosive Rand unabhängig, fehlt aber bei älteren Schankern, die bereits Heilungsvorgänge, Epidermisierung zeigen.

2. Beitrag zum Studium der Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis, von Karl Vignolo-Lutati (Schluß). Verf. berichtet ausführlich einen selbstbeobachteten Fall, bei dem die Beziehungen des Raynaud zur Syphilis mit interessanter Deutlichkeit aus dem Verlauf hervorgingen: Kalomelinjektion hatte nicht nur schnelle Beeinflussung des tuberkulo-ulzerösen Syphiloderma der Schulter zur Folge, sondern bewirkte auch, daß die Anfälle von Akroasphyxie sich nicht mehr wiederholten, besonders da zwei Jahre lang eine intermittierende Jod-Quecksilberbehandlung durchgeführt wurde.

3. Zur Frage des Vorkommens von Leukozyten im Prostatasekret, von E. Bjoerling-Malmö. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Im normalen Prostatasekret können stets Leukozyten nachgewiesen werden. Ihre Anzahl ist in den meisten Fällen unbedeutend; doch kommen auch Fälle mit reichlichem Leukozytengehalt vor.

2. Bei sexueller Neurasthenie ist der Leukozytengehalt des Prostatasekrets im allgemeinen größer, als in normalen Fällen.

Bei chronischer Blennorrhöe kommen oft Fälle vor, bei denen das einzige Symptom von Prostatitis ein mehr oder weniger reichlicher Leukozytengehalt im Prostatasekret ist. Da ein reichlicher Leukozytengehalt im Sekret auch ohne Blennorrhöe vorkommen kann, so kann die Diagnose Prostatitis in solchen Fällen nicht mit Sicherheit gestellt werden.

4. Es findet sich keine bestimmbare Verschiedenheit zwischen dem Leukozytengehalt bei normalen und bei pathologischen Fällen; alle Übergänge kommen vor.

Die Ausführungen decken sich im wesentlichen mit dem, was Verf. in früheren Arbeiten, besonders im „Archiv für Dermatologie", veröffentlicht hat. Er verweist in dieser Arbeit auch auf Abbildungen, die im „Archiv" reproduziert worden sind und die für das Verständnis sehr wichtig erscheinen. W. Lehmann-Stettin.

Lepra.

Bd. 12, Heft 4.

Eine Streptokokkenepidemie im Rigaschen städtischen Leprosorium, von R. Biehler-Riga. Es erkrankten sechs Fälle an gastrisch-toxischen Erscheinungen, denen der Ausbruch eines quaddelartigen Exanthems folgte. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes der Quaddeln ergab Streptokokkenmischinfektion. Die Epidemie verlief bei den Kranken mit Reichtum an Leprabazillen leicht, sehr schwer bei den Leprösen, welche nur spärlich Leprabazillen aufwiesen. In einem Falle der rein tuberösen Form trat Exitus ein, und bei der Sektion wurden Leprabazillen in der Milz nachgewiesen.

Eine heilende Wirkung der Streptokokkeninvasion auf den Lepraprozeß, wie es nach Auftreten von Erysipel beobachtet wurde, konnte nicht festgestellt werden.

Lepra, Lepröse und Lepraheime in Französisch-Guyana 1912, von A. Guillon-Paris. Der Ursprung der Lepra in Französisch-Guyana ist wahrscheinlich auf Juden zurückzuführen, welche in Amerika um die Mitte des 17. Jahrhunderts, etwa gleichzeitig mit dem Sklavenhandel, auftauchen. Bei der freien Bevölkerung steigt die Zahl der Leprafälle andauernd. Überall gibt es Lepra, bei reich und arm, den alteingesessenen, sowie den neueingewanderten Familien. Dagegen vermag sich die Effektivstärke der Krankheit bei den Sträflingen nur eben behaupten, da die große Sterblichkeit dieser eine Zunahme verhindert. Das Lepraheim in Acarouany ist in einem unwürdigen Zu-

Digitized by Google

stande; auch das Lepraheim auf der Insel St. Louis entspricht durchaus nicht seiner Bestimmung: Schutz der Gesellschaft und wirksame Krankenbehandlung.

Die Wassermannsche Reaktion und die Hautreaktion nach Pirquet bei Lepra, von G. Photinos-Athen und N. Michaélidès-Athen. Von 204 Leprakranken reagierten nach Wassermann 115 positiv, 89 negativ, nach Pirquet 118 positiv, 86 negativ. Beide Reaktionen trafen zusammen in 42,2%, gingen auseinander in 57,8%.

Antileprol bei der Behandlung der Lepra, von G. Piccardi-Turin. Antileprol ist ein Derivat des Chaulmoograöls, das sich als wirksames Mittel bei der Behandlung der Lepra erwiesen hat.

Lepraliteratur für die Jahre 1910 und 1911, zusammengestellt von Otto Hamann-Berlin.

Schourp-Danzig.

The British Journal of Dermatology.

Mai 1912.

Über einige physikalisch-therapeutische Methoden in der Dermatologie, von Malcolm Morris. Kurzer Überblick über die physikalischen Behandlungsmethoden, welche entweder für sich allein oder in Kombination so wichtige Dienste in der Dermatologie leisten, nämlich die X-Strahlen, Radium, Finsenlicht und Kohlensäureschnee. Im Frühstadium des Ulcus rodens, bei Tinea tonsurans, Tinea barbae und favus, Lupus vulgaris und kleineren tuberkulösen Drüsen, Lupus erythematosus, gewissen Arten von Nävi, Narben und Keloiden sind diese physikalischen Methoden dem Messer oder irgend einer anderen medikamentösen und chirurgischen Behandlung überlegen, etwas weniger erfolgreich im späteren Stadium des Ulcus rodens und bei oberflächlichem Karzinom. Sie können auch Dienste tun bei Sykosis (kokkogener), bei Hyperidrosis und Hypertrichosis, bei chronischem Ekzem, Pruritus, Lichen und Papillomen, während sie ausgesprochen erleichternden Einfluß auf so schwere Zustände, wie Pagets Krankheit, tiefsitzendes Karzinom, Sarkom, Mycosis fungoides und Lepra, haben. Die Anwendungsart der einzelnen Methoden, die M. in seinem Vortrage (vor dem 7. Internationalen Dermatologen-Kongreß, Rom 1912) in Kurzem auseinandersetzt, dürfen als bekannt angenommen werden.

Bericht über den 7. internationalen Dermatologen-Kongreß, Rom, April 1912, von J. M. H. Macleod. Eine musterhaft kurze Berichterstattung über die hauptsächlichsten Verhandlungsgegenstände des Kongresses: außer dem eben referierten die neuen ätiologischen, diagnostischen und experimentellen Untersuchungen zur Behandlung der Syphilis; Blastomykosis und Sporotrichosis und ihre Beziehungen zu analogen Prozessen.

Stern-München.

Actas dermo-sifiliographicas.

4. Jahrgang, Oktober-November, 1911, Nr. 1.

Drei Tripperfälle mit Antigonokokkenvakzine behandelt, von J. de Azúa. Im ersten Falle handelte es sich um eine immer rezidivierende Prostatitis mit Polyarthritis. Der Verfasser wandte das Vakzinepräparat von Wellcome und Burroughs an und injizierte zweimal 5 Millionen, zweimal 20 und zweimal 50 Millionen Gonokokken, ohne daß eine lokale oder allgemeine Reaktion erzielt wurde. Die Injektionen wurden jeden 5. Tag vorgenommen. Eine Besserung des Zustandes wurde nicht erzielt. Im zweiten Fall kam eine akute Blennorrhöe mit rezidivierender Polyarthritis und doppelseitiger Iritis serosa in Betracht. Hier wurde das Vakzinepräparat von Parke Davis verwandt. Nach einer ersten Injektion von 5 Millionen Keimen stieg die Temperatur auf 37,2. Sechs Tage später wurden 50 Millionen injiziert mit einer Temperatur von 37,8. Diese Dosis wurde in achttägigen

Digitized by Google

Intervallen noch dreimal wiederholt, ohne daß eine Temperatursteigerung auftrat. Zuletzt wurden 150 Millionen injiziert, worauf die Temperatur nochmals auf 37,8 stieg. Die Einspritzungen waren zwar ziemlich schmerzhaft, führten aber zur Heilung. Im dritten Fall handelte es sich um eine Urethritis anterior mit Polyarthritis im subakuten Zustand. Es wurden erst 50, dann zweimal 100 Millionen Keime injiziert bei ziemlich heftiger febriler und lokaler Reaktion, welche zu einem Schwinden der Erscheinungen führte. Zwei Monate später trat aber ein, wenn auch leichter Rezidiv ein und die Urethra wurde nicht gonokokkenfrei.

Syphilitische Reinfektion bei einem mit Salvarsan behandelten Kranken. Abortivbehandlung der Syphilis, von J. S. Covisa und J. Nonell. Ein 19jähriger Kranker bekam Ende 1910 Lues (Sklerose mit Lymphangitis dorsalis, allgemeine Drüsenschwellung mit positivem Wassermann). Die Sklerose wurde mit heißer Luft zerstört und am 31. Oktober 0,5 Salvarsan intramuskulär injiziert. Zugleich wurden lokale Injektionen hinter dem Schanker gemacht. Am 19. Dezember erhielt der Patient nochmals 0,4 intravenös, worauf die Drüsenschwellung zurückging. Am 24. November 1911 kam der Patient wieder mit einer Sklerose am inneren Präputialblatt nach einer vierwöchigen Inkubation und Roseola bei positivem Wassermann und linksseitiger Inguinaldrüsenschwellung. Die Verfasser betrachten diesen Fall als Reinfektion, totzdem die Wassermannsche Reaktion vor dem zweiten Schanker nicht ausgeführt worden war.

Extraurethrale genitale Blennorrhöe, welche primär und isoliert auftrat, von Alvarez Sainz de Aja. Bei einem 24jährigen Patienten fanden sich im Sulkus nahe am Frenulum Geschwüre, welche einen rahmigen Eiter absonderten, der Gonokokken in Reinkultur enthielt. Die Urethra war vollständig gesund.

Papillomatosis im Anschluß an eine Staphylokokkeninfektion, von Ledo. Balanitis, Phimosis und Pyodermitis der ganzen Penishaut, des Skrotums, der Inguinal- und Schenkelgegend, nach deren Abheilung ein vegetierendes Geschwür der Inguinalgegend zurückblieb.

Ein Fall von mit Salvarsan geheilter Nephritis syphilitica, von Miguel F. Criado.

Behandlung der Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen, von Rodriguez F. Sierre. Der Verfasser empfiehlt geringe Salvarsandosen 0,2, die dieselbe kurative Wirkung als große Dosen haben, dabei aber viel ungefährlicher sind.

Akroasphyxie der Hände und Füße. Erythemato-Sklerosis phlyctaenulosa und Angiokeratom der Hände, von J. de Azúa. Bei einem 28jährigen Patienten, der von Geburt an an kalten Händen und Füßen litt, entwickelten sich seit 3—4 Jahren an den Fingern und Händen Phlyktäne, welche ulzerierten und Narben hinterließen. Zwischen den 12—15 Narben, welche auf der Streckseite der Hände zu sehen waren, zeigten sich mehrere papulöse, harte, rote, infiltrierte Effloreszenzen, welche wahrscheinlich das primäre Stadium darstellten. Angiokeratome fanden sich außerdem an der Seite der Finger.

Ein Fall von Pneumokokkenurethritis, von Alvarez Sainz de Aja. Die Urethritis, welche keine Gonokokken, sondern nur Diplokokken, die den Fränkelschen ähnlich sahen, enthielt, war nach einem Coitus buccalis aufgetreten.

Osteoperiostitis des Kalkaneus bei einem Kranken mit Blennorrhöe und Syphilis, von Garcia del Mazo. Die Kalkaneusbeschwerden verschwanden nicht nach Salvarsan, waren also wahrscheinlich nicht luetischen Ursprungs.

Sekundärsyphilis, mit Salvarsan behandelt. Neurorezidiv nach 2 Monaten vom Typus der Basilarmeningitis, von Juan de Azúa. Der Fall wurde bereits referiert.

Digitized by Google

Behandlung der Krätze. Stärkekleister als Vehikel, von J. Nouell. Nach dem Vorgang von Yamada verwandte N. Stärkekleister mit 30% Schwefel und Salizylsäure. Die Resultate waren meistens sehr gute, doch waren Rezidive häufig.

Speichelzyste der Unterlippe, von Alvarez Sainz de Aja.

Submaxillares Lymphdrüsengumma, von J. S. Covisa. Es handelte sich um eine enorme mit der Haut verwachsene vereiterte Lymphdrüse der Halsgegend bei einem Syphilitiker, welche auf Salvarsan heilte.

Tertiäre Lymphdrüsensyphilis, von Alvarez Sainz de Aja. 2 Fälle: 1. Periostitisches Gumma der Stirn mit Adenitis praeauricularis. 2. Sklerosierende Inguinaldrüsen, welche durch Kompression Ödem und Varizen der entsprechenden Extremität erzeugten.

Perforation des Schädels infolge Knochenresorption nach Osteoperiostitis gummosa, von J. de Azúa.

A. Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Heft 2, Febr. 1912.

1. Über Angiofibrom, von G. Maky-Tokyo. Ein relativ seltener Fall von angiomatösen Mischgeschwülsten am rechten Unterschenkel und Fuße eines 13jähr. Jünglings aus der Arbeiterklasse kam im Herbst 1911 in der Universitätshautklinik zu Tokio zur klinischen und histologischen Untersuchung. Klinisch bestehen dieselben erst seit vier Jahren, allmählich an Zahl und Größe zunehmend. Sie sind erbsen- und pflaumengroß, teilweise miteinander zusammenhängend, elastisch weich und mehr oder weniger komprimierbar. Ihre Hautoberfläche sieht fast normal oder bläulich bis dunkelbraunrot, meist glatt, stellenweise aber auch verrukös aus.

Verf. hat nun mehrere Stücke davon exstirpiert und fand ein im großen ganzen übereinstimmendes histologisches Bild von Angiofibroma cavernosum, nur ein über daumenballengroßer Tumor mit verruköser Oberfläche nahe dem Malleolus internus entsprach in seinem Bau mehr dem Angiokeratoma Mibelli. Bemerkenswert war auch das myxomatöse Gewebe, welches in dünner Schicht einige kleine, subkutan sitzende Gefäßgeschwülste umgab.

Nach einem Rückblick auf die Ätiologie, Wachstumsweise und maligne Entartung der in Rede stehenden Geschwülste im allgemeinen kommt der Verf. zum Schluß, daß es sich hier um die Substitution des subkutanen Fettgewebes durch das neugebildete Bindegewebe handle, das sich auf Grund der angeborenen überschüssigen Gewebsanlage höchst wahrscheinlich aus der Wand der neugebildeten Kapillaren entwickelt hat.

2. Übertragungsversuche der Lepra bei Säugetieren, von I. Monobe. Verf. impfte Lepraknotenemulsion in die Bauchhöhle vom Meerschweinchen. Nach einigen Monaten wurden die Tiere getötet und die einzelnen Organe untersucht.

Ihre wesentlichen Veränderungen sind wie folgt:

Meerschweinchen I: Körpergewicht 750 g. Menge der intraperitoneal eingespritzten Emulsion 1,0. Zeitdauer von der Impfung bis zur Tötung des Tieres 55 Tage.

Histologischer Befund: An der Leber zahlreiche, kleine, scharf begrenzte Herde, hauptsächlich in der Adventitia kleiner Venen, bestehend aus epitheloiden und jungen Bindegewebszellen, welche Leprabazillen in sich einschließen.

Außerdem sieht man vereinzelte Leprabazillen in den normal aussehenden Partien der Leber.

Meerschweinchen II: Körpergewicht 730 g. Menge der Emulsion 1,0. Lebensdauer nach der Impfung 70 Tage.

Histologischer Befund: Der histologische Befund der Leber wie bei dem Tiere I.

Digitized by Google

Ferner sieht man an der Netzhaut eine mäßige Anzahl von Granulomen von Nadelkopf- bis Miliargröße. Das Zentrum dieser Granulome ist nekrotisiert und ist umgeben von jungen, zahlreiche Leprabazillen enthaltenden Bindegewebszellen. Auch im nekrotischen Teile des Granuloms sieht man zahllose Leprabazillen.

Meerschweinchen III: Körpergewicht 165 g. Menge der Emulsion 0,5. Bei der Impfung machte der Verf. Einschnitte in das linke Ohrläppchen des Tieres. Hier entwickelte sich 5 Tage nach der Operation ein Geschwür, dem sich nach einem Monate zwei neue anschlossen. Alle diese Geschwüre heilten nach weiteren zwei Wochen mit Narbenbildung aus, und als diese vernarbten Stellen zwei Monate nach der Impfung abgetragen und histologisch untersucht wurden, fand der Verf. dort eine kleine Anzahl von Leprabazillen in epitheloiden Zellen eingeschlossen, während er an anderen Hautstellen vergebens danach suchte.

3. Über Cowperitis gonorrhoica, spez. über ihren Ausgang in akuten Abszeß, von Sh. Homma. Verf. schildert sieben Fälle von akuter und chronischer Kowperitis, worunter ein Fall als Komplikation chronischer Urethritis in akuten Abszeß ausging, der inzidiert wurde. Bei nicht vereiterten Fällen empfiehlt der Verf. die Behandlung mit Gonokokkenvakzin als sehr erfolgreich.

4. Über das Neurorezidiv der Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von T. Kuboyama. Ein 30jähr. Patient mit Roseola syphilitica und positiver Wassermann-Reaktion bekam fünf Monate nach der 2. intravenösen Salvarsaninjektion Schwerhörigkeit des rechten Ohres und eine rechtsseitige Fazialislähmung, welche Symptome einen Monat später durch die 3. intravenöse Salvarsaninjektion bald verschwanden.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 5, Mai 1912.

Blutuntersuchungen bei Syphilitikern nach Salvarsanbehandlung, von A. Lévy-Bing, L. Duroeux und M. Dogny. Die Verf. haben an 10 Prostituierten fortlaufende genaue Untersuchungen des Blutes vorgenommen und kommen zu folgenden Schlüssen: Die Koagulationszeit wird durch die Salvarsanbehandlung verlängert; bekanntlich braucht das Blut Syphilitischer längere Zeit bis zur kompletten Koagulation als normales Blut. Nach Salvarsaninjektionen nimmt die Koagulationsfähigkeit noch weiter ab und hält 8—14 Tage an, um dann langsam zum Normalen zurückzukehren.

Was den Hämoglobingehalt des Blutes anlangt, so ist es bekannt, daß Syphilitische, besonders Frauen, fast durchweg eine Anämie zeigen; auch diese pflegt nach Salvarsan in vielen Fällen zuzunehmen, doch ist dieser Einfluß nicht konstant und kehrt meist zu dem vorhergehenden Status bald zurück, ohne daß aber die existierende Anämie eine merkbare Besserung erführe. Kernhaltige rote Blutkörperchen wurden niemals beobachtet.

Was die weißen Blutkörperchen anlangt, so wird die bei Syphilitischen oft bestehende Leukozytose, die in einem der beobachteten Fälle bis zu 18000 ging, durch Salvarsan fast regelmäßig verringert; selten tritt eine vorübergehende Steigerung ein.

Eine gewisse Hämolyse ist auch in den meisten Fällen nach Salvarsan zu beobachten, doch ist dieselbe inkonstant und verschwindet bald wieder; jedenfalls nimmt sie nie solche Grade an, daß im Urin oder im Blutserum Urobilin oder Gallenfarbstoffe nachweisbar wären.

Eine Beeinflussung des Wassermann ist ersichtlich, aber ebenfalls inkonstant. Über diesen letzteren Punkt wollen die Verf. sich in einer weiteren Arbeit auslassen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Journal d'urologie médicale et chirurgicale.

1912, Bd. 1, Nr. 5.

Wie soll man sich in den Fällen von Nierentuberkulose verhalten, bei denen der Zustand der Blase jede Untersuchung der Nieren unmöglich macht? von G. Marion. In diesen Fällen muß entweder bei geöffneter Blase der Ureterenkatheterismus ausgeführt werden, oder man muß die mutmaßlich gesunde Niere sowie den gesunden Ureter freilegen.

Die Urininkontinenz, ein Symptom der Nierentuberkulose, von Constantinesco-Bukarest. Die Urininkontinenz ist ein häufiges Frühsymptom der Nierentuberkulose und ist mit der bei ihr konstant vorkommenden Pollakiurie, als durch renalen Reflex bedingt, auf eine Stufe zu stellen. Sie kann sogar vorkommen, wenn die Blase noch intakt ist.

Orthopädische Resektion des Nierenbeckens bei Hydronephrose mit intermittierenden Krisen. Resultate nach 2 Jahren, von G. Gayet-Lyon. Die Operation besteht in einer Verkleinerung des Nierenbeckens, so daß dasselbe wieder seine normale Gestalt bekommt. G. teilt 18 Fälle aus der Literatur, darunter einen eigenen mit, welche den hohen therapeutischen Wert dieser konservierenden Operation beweisen.

Betrachtungen über die Pathologie und Chirurgie der Hufeisenniere, von Georges Botez-Rumänien. Fortsetzung und Schluß.

Eine neue Fehlerquelle bei der Radiographie der Nierensteine, von G. Marion. Auf einer Röntgenaufnahme einer Niere wurde mit Sicherheit ein Steinschatten festgestellt. Bei der Operation fand sich Nierentuberkulose mit zystischer Erweiterung an der Stelle des Schattens.

Hydronephrose einer Hufeisenniere. Ureteropexie — Heilung, von Raymond Grégoire.

Die heutigen Resultate der Behandlung der eitrigen Uretero-Pyelonephritis mit dem Ureterenkatheterismus und Spülungen des Nierenbeckens, von Ch. Périneau. Die besten Resultate werden erzielt bei der aszendierenden Pyelonephritis bei Kranken, welche keine Läsionen ihres oberen Urintraktus haben. Kontraindiziert ist das Verfahren nur bei frischen Schüben, bei kachektischem Zustand des Kranken, bei zu altem Bestehen der Erkrankung und bei Pyonephrose, wo nur die Operation indiziert ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Über Therapie der Krebse, von V. Czerny-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 36.) In diesem bei der internationalen Vereinigung für Krebsforschung in Dresden am 8. August d. J. gehaltenen Vortrag gibt Verfasser eine Übersicht und kritische Besprechung der neueren Hilfsmittel der Krebsbehandlung. Es werden dabei berücksichtigt: die Röntgentherapie, die Verwendung von radioaktiven Präparaten, das Salvarsan, die Wirkung der Zersetzungsprodukte des Lezithins, namentlich des Cholins (worüber Redner nur kurze Andeutungen macht), die Fulguration, der Gebrauch des Kaltkauters (Elektrokoagulation) und der de Forestschen Nadel sowie der Diathermie. Wenn auch aus dem Vortrag hervorgeht, daß noch kein zuverlässiges Mittel zur sieg-

Digitized by Google

reichen Bekämpfung der Karzinose entdeckt worden ist, so haben die unablässigen Forschungen einige Fortschritte gezeitigt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Radiumbehandlung des Krebses; Erfahrungen bei mehr als 100 Fällen, von N. S. Finzi-London. (Lancet, 1911, 20. Mai.) Bei den vom Verfasser hier in Betracht gezogenen 117 Fällen handelte es sich mit Ausnahme von 4 stets um inoperable Erkrankungen; für statistische Zwecke scheiden 18 Fälle aus; von den restierenden ergaben 12 ein vollständiges Verschwinden des Tumors an der behandelten Stelle, bei 10 wird sehr große Erleichterung und bei 30 eine ausgesprochene Besserung verzeichnet, während 25 als Versager notiert sind. Sehr wesentlich ist es, eine genügende Menge des Radiumsalzes zur Behandlung verwenden zu können; als Minimalquantum, das für Krebsbehandlung von Nutzen sein kann, gibt F. 50 mg an. Seine Erfolge wurden aber wesentlich bessere, als er ein Quantum von 205 mg zur Verfügung gestellt bekam. Die Einzelheiten der Technik, die ausführlich geschildert werden, mögen im Original nachgelesen werden; dieselben berücksichtigen namentlich auch die an internen Teilen (Ösophagus, Mastdarm, Blase) lokalisierten Neubildungen. Es wäre noch die Ansicht F.s hervorzuheben, daß das Einlegen von Radiumträgern in die Tiefe von malignen Geschwülsten ein relativ leicht ausführbarer und gefahrloser Eingriff sei. In der Arbeit von M. Moullin ist die ganz entgegengesetzte Meinung ausgesprochen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung des Krebses mit Radium als Ergänzung zu der chirurgischen Behandlung bei operabeln und als selbständige Behandlungsmethode bei inoperabeln Erkrankungen, von Nahmmacher-Dresden. (Med. Klinik, 1911, Nr. 41.) Die Arbeit erstreckt sich auf die Behandlung karzinomkranker Frauen mit Radiumbromid, und empfiehlt diese Methode in jedem Falle als postoperative und prophylaktische Maßnahme.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Erfolge der Röntgentherapie bei Karzinom, von L. Braschkin. (Inaug.-Dissert., Zürich 1911.) Die Zahl der Röntgenstrahlenbehandlungen bei oberflächlichem Epitheliom (Kankroid) der äußeren Haut umfaßt viele Tausende, die Resultate sind fast durchweg gute zu nennen. Die Heilungen schwanken bei den einzelnen Verfassern zwischen 50 und 80%. Auch bei größeren inoperabeln Epitheliomen erweist sich die Röntgenbehandlung insofern von großer Wichtigkeit, als sie durch Verkleinerung des Epithelioms dasselbe operabel machen kann. Alle Verfasser rühmen das kosmetisch äußerst günstige Resultat: für kleinere oberflächliche Kankroide bildet die Röntgentherapie, neben Radium, die Therapie der Wahl. Karzinome der Schleimhäute und der Übergangsfalten zwischen äußerer Haut und Schleimhaut reagieren weniger günstig auf Röntgenbestrahlung: Karzinom der Lippe, Zunge, Mundschleimhaut usw. Empfehlenswert ist die prophylaktische Bestrahlung eines frisch operierten Karzinoms vor Schluß der Wunde. Dauernde Heilung durch Röntgenbestrahlung bei tiefergreifenden, tieferliegenden und inoperabeln Karzinomen hat Verfasser in der Literatur in keinem einzigen Fall finden können. Was mit der Bestrahlung erzielt wird, ist vorübergehende Besserung oder Beseitigung einiger Symptome; die heftigen Schmerzen können vorübergehen, bis zum Verschwinden gelindert werden; unangenehm riechende Sekretion wird verringert, kann ganz aufhören, der Geruch nimmt an Intensität ab; der Tumor kann sich überhäuten. Auch ein Kleinerwerden desselben ist vielfach beobachtet worden. In günstigen Fällen bleibt das Leiden für längere Zeit stationär. Angesichts der namentlich mangels geeigneter Vorrichtungen zur Ausnutzung rationeller Tiefenwirkung der Strahlen bestehenden Tatsache, daß eine Heilung größerer, ausgebreiteter Karzinome durch Röntgenbestrahlung nicht möglich ist, sind operable Karzinome oder operable Rezidive den

Digitized by Google

Chirurgen zu überlassen, bei inoperabeln sucht die Röntgenbestrahlung lediglich Minderung der quälendsten Symptome zu erreichen. Fritz Loeb-München.

Bemerkungen zu M. Fraenkels Aufsatz: „Die Beeinflussung des Karzinoms durch Röntgenstrahlen“, von S. Meidner-Berlin. (Ztschr. f. Röntgenkunde, Febr. 1912.) Fraenkel stellt sich die empirisch vorhandene Affinität bestimmter Zellgruppen (z. B. Karzinomzellen) auf weiche Röntgenstrahlung und anderer Zellen (z. B. Psoriasis) auf härtere Strahlen als Resonanzphänomen vor und denkt sich, wie beim Anschlagen einer Klaviersaite eine auf denselben Ton gestimmte Fensterscheibe zerspringt, so auch Zellen der einen Art auf die rascher penetrierenden „Schläge“ einer harten Strahlung, die anderen auf eine langsamere Strahlungsart abgestimmt sind.

Diese Auffassung weist Weidner als irrig zurück, da Resonanzerscheinungen nur bei harmonischen Schwingungen (Schall, Licht, elektrische Wellen), nicht aber bei dem unregelmäßigen Ätherimpuls des Röntgenstrahls vorkommen können und auch durch eine kontinuierliche Folge von solchen Ätherimpulsen nie der Effekt einer harmonischen Wirkung gezeitigt wird, so wenig eine Fensterscheibe durch eine sehr schnelle, unregelmäßige Folge von Peitschenknallen gesprengt werden kann.

Des weiteren tritt Verfasser der Ansicht Fraenkels gegenüber, daß möglicherweise durch Reichers Adrenalindesensibilisierung nun auch zu dem tiefliegenden Karzinom weiche Strahlen gebracht werden könnten, da die Adrenalindesensibilisierung nur die Absorption der weichen Strahlung in die Haut paralysiert (also die biologische Wirkung ändert), aber keine nennenswerte Änderung des physikalischen Zustandes herbeiführt, der notwendig wäre, um die weichen Strahlen in die Tiefe zu bringen.

Viktor Caesar-Dresden.

Die Röntgenbehandlung der Hautkarzinome, speziell des Basalzellenkrebses; sein histologisches Verhalten vor und nach der Bestrahlung, von Herbert Körbl-Wien. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 3.) Da die Basalzellenkarzinome in einer dem Plattenepithelkrebs identischen Form rezidivieren und Drüsenmetastasen setzen können, sich ferner Krebsformen finden, die zwischen Basalzellenkarzinomen und Plattenepithelkrebs stehen, so stellen die Basalzellenkarzinome eine morphologisch nicht völlig abgeschlossene Entwicklungsform des Hautkrebses dar. Es kann im Verlaufe ihres Bestehens zu einer weiteren Differenzierung ihrer Zellen kommen und können so aus ihnen entweder dem Plattenepithelkrebs nahe stehende Formen oder direkt Plattenepithelkrebse entstehen.

Da bis jetzt die Umwandlung in ein Plattenepithelkarzinom ausschließlich bei mit Röntgenstrahlen behandelten Basalzellenkarzinomen gefunden wurde, so ist die Möglichkeit vorhanden, daß durch die Röntgenbestrahlung ein die weitere Differenzierung der Zellen verursachender Reiz ausgeübt wird.

Durch diese Entwicklungsfähigkeit der Basalzellenkarzinome zu Plattenepithelkrebsen kann man den Basalzellenkarzinomen keine geringere Malignität zubilligen, und diese sind daher vom chirurgischen Standpunkt wie Plattenepithelkarzinome zu behandeln; infolgedessen ist auch bei ihnen die Röntgentherapie kontraindiziert.

Schourp-Danzig.

Endresultate der operativen Behandlung beim Zungenkrebs, von A. R. Short-Bristol. (Brit. med. Journ., 20. April 1912.) Von den im Jahrzehnt 1902—1911 im Krankenhaus zu Bristol operierten 38 Patienten konnten 29 im weiteren Verlauf verfolgt werden. Es handelte sich bei diesen Fällen teils um totale Entfernung der Zunge (2), teils um eine partielle Exstirpation mit (17) resp. ohne (10) Beseitigung der zugehörigen Lymphdrüsen. Heilung konnte angenommen werden bei einem einzigen der letzten

Digitized by Google

Gruppe, während von den 17 partiellen Zungenexstirpationen mit gleichzeitiger Operation der Drüsen 6 als bisher gesund geblieben konstatiert wurden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Röntgenkrebs, von Georg Klemperer. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Demonstration eines Röntgenkrebses oberhalb des Nabels im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin. Bei Heilung eines angeblichen „Magenkrebses" durch Röntgenstrahlen wurde artefiziell dieser Hautkrebs hervorgerufen. Da es keinen Fall von tiefliegendem Krebs bisher gibt, der durch Radiotherapie geheilt worden wäre, vermutet Klemperer die Heilung eines chronischen Magenulkus. Caesar-Dresden.

Morbus Pageti, von B. Herzfeld. (Petersb. med. Wochenschr., Nr. 44.) H. hat einen Fall dieser Krankheit beobachtet und kommt auf Grund der histologischen Untersuchung zu dem Schlusse, daß Morbus Paget ein Hautkarzinom darstellt, das in den oberflächlichsten Hautschichten lokalisiert ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Pagetsches Ekzem der Mamilla, von N. E. Aldridge-Southampton. (Brit. med. Journ., 16. Sept. 1911.) Bei einer 70jährigen Frau hat A. eine dem klinischen Befunde nach unzweifelhaft als Pagetsche Krankheit zu diagnostizierende, 12 Monate schon bestehende Affektion mit vollem Erfolg mittels Röntgenbestrahlung behandelt. Im ganzen dauerte die Kur etwa 4 Monate mit 17 Sitzungen. Anfangs wurden unfiltrierte Strahlen in einer $^3/_4$ Pastilledosis verabreicht; die letzten 8 Applikationen geschahen unter Verwendung von Aluminiumplatten bis zum Verbrauch einer ganzen Pastille.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zum Studium der Tumoren der Brustdrüse. Ein Fall von Hämoangiosarkom, von C. Licini-Genua. (Riforma med., 1911, Nr. 48.) Es handelte sich um einen teilweise fluktuierenden Tumor, der klinisch mit einer Mastitis chronica cystica hätte verwechselt werden können, der sich aber als Hämangiosarkom herausstellte.

Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der Brusttumoren beim Manne, von A. H. L. Flurian. (Thèse de Bordeaux, 1910, Nr. 67.) Fritz Loeb-München.

Metastasierendes Angiokarzinom als Todesursache, von S. Weiss-Straßburg i. E. (Med. Klinik, 1911, Nr. 33.) Bei der Geburt des Kindes war ein (primärer) Tumor am Rücken vorhanden; nach vier Wochen traten an zahlreichen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten punktförmige Effloreszenzen auf, die in rapidem Wachstum die Haut durchbrachen und zu beerenförmigen Anhängen wurden, die schließlich von selbst, wie reife Früchte vom Baum, unter meist nur mäßiger Blutung abfielen und eine bläulich pigmentierte Stelle zurückließen. Während die Neuproduktion dieser zu Anämie führenden Gebilde aufhörte, entwickelten sich unter der Haut einzelne größere Tumoren, die ebenfalls Karzinome darstellten. Dieselben führten in diesem seltenen Falle durch Komplikationen zum Tode an Entkräftung. Arthur Schucht-Danzig.

b. Benigne.

Diffuses Angiom, von Barjou. (Lyon méd., Bd. 117, Nr. 51.) Bei einem Neugeborenen fand sich ein 5 Fr. großes Angiom am rechten Ohre. In rapidem Verlaufe verbreitete sich dieses innerhalb von 4 Wochen über das ganze Gesicht und den Nacken. In 5 Monaten wurde durch 21 Bestrahlungen das Leiden fast völlig geheilt. Es besteht nur am Nacken noch geringe Verdickung und Erweiterung der Venen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Angion der Oberlippe. Radiumbehandlung, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Es handelte sich um prominierende Angiome bei kleinen Kindern.

Digitized by Google

Eine Radiumplatte $^2/_2$ wurde auf die äußere Haut und eine solche $^1/_1$ auf die Mukosa appliziert („Kreuzfeuer") und zwar alle 2 Tage je 10 Minuten lang. Nach 6 Behandlungen wurde 4 Wochen pausiert. In 3 derartigen Behandlungszyklen heilten die Angiome. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Pathologie der Angiome, von G. E. Konjetzny-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Verfasser berichtet unter Beibringung von Photogrammen über 2 Fälle von enorm umfangreichen kavernösen Angiomen bei einem 13 Monate alten Kinde resp. einem 26jährigen Manne. An eine operative Beseitigung war bei der kolossalen Ausdehnung nicht mehr zu denken. Verfasser legt dar, daß die schnell wachsenden Angiome ganz den Charakter von malignen Geschwülsten aufweisen, indem sie sich die umgebenden Gewebe infiltrierend ausbreiten und auch Metastasen bilden, wie er durch Berichte über andere in der Klinik durch Autopsie festgestellte Befunde erläutert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über einen Fall von kongenitalem kavernösem Angiom des Nackens, von J. A. Gihmour-New York. (Med. Record, 7. Oktober 1911.) Kasuistik. Das Kind wurde in den ersten Wochen nach der Geburt erfolgreich operativ behandelt.
W. Lehmann-Stettin.

Enorme Angiome auf dem Thorax und den Oberextremitäten, von Bonnet. (Lyon, méd. 1911, S. 971.) Demonstration eines 24jährigen Mannes.
Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Angiokeratom, von E. H. Trowbridge-St. Joseph. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 14.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Ein Fall von Angiokeratom, von E. H. Trowbridge-St. Joseph. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 14.) Fall eines 61jährigen Mannes, bei dem die Affektion auf der Skrotalhaut saß. Schourp-Danzig.

Klinische und histopathologische Studie des Angiokeratoma scroti, von Richard L. Sutton-Kansas-City. (Journ. amer. med. assoc., 15. Juli 1911.) Literaturbericht; Bericht über zwei Fälle, die beide ältere groß und stark gebaute, sonst gesunde Männer betrafen. In dem einen Falle war es möglich, histologische Untersuchungen vorzunehmen, aus denen hervorgeht, daß die Läsionen das Resultat kapillärer Dilatation sind, der die Verdickung der Epidermis und andere hypertropische Veränderungen folgen. Es scheint, daß ein Mangel an elastischen Fasern in den Wänden der oberflächlichen Venen-Kapillaren, vielleicht kongenitalen Ursprungs, der Dilatation zugrunde liegt.
W. Lehmann-Stettin.

Eine eigenartige Stirngeschwulst (Endotheliom), von A. Ruotsalainen-Helsingfors. (Centrabl. f. allg. Pathol., Bd. 22, Nr. 16.) Ein 60jähriger Mann hatte auf der Stirn eine gänseeigroße, unregelmäßig geformte, ungleichmäßig knollige Geschwulst, bedeckt von straffer, bläulich glänzender Haut. Das mikroskopische Bild entsprach einem Lymphgefäßendotheliom. Schourp-Danzig.

Blutgeschwulst der inneren Oberschenkelseite, von Wettendorf. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Es handelte sich um einen kongenitalen, in letzter Zeit rasch sich vergrößernden Tumor bei einem 19jährigen Kranken. Derselbe war am ehesten mit einem Angiom zu vergleichen, wich aber in vielen Punkten von dieser Geschwulstart ab. Die innere Seite der Kapsel war weder von Epithel noch von Endothel bekleidet, die Kapsel selber, die ziemlich dick war, bestand aus fibrösem Bindegewebe, Fettgewebe, gestreiftem Muskelgewebe und enthielt viele Gefäße. Der Inhalt der Tasche war Blut, das sich bei der Operation entleerte. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Gutartiges Epitheliom der behaarten Kopfhaut (sog. Adenoma sebaceum), von Ernst Hedinger-Basel. (Centralbl. f. allg. Pathol., Bd. 21, Nr. 23.) Der beschriebene Tumor saß auf dem behaarten Kopf einer 60jährigen Frau breit pilzförmig, bestand seit vielen Jahren stationär und zeigte erst in den letzten 10 Jahren ein etwas stärkeres Wachstum; es handelte sich um ein Epitheliom mit exquisit alveolärem Bau ohne Zusammenhang mit normaler Epidermis oder ausgebildeten Haarfollikeln oder Talgdrüsen. Schourp-Danzig.

Über die Beziehungen zwischen Acanthoma adenoides cysticum (multiple benign cystic epithelioma') und Syringocystadenoma (Lymphangioma tuberosum multiplex), von Richard L. Sutton und Charles C. Demice, Kansas City, Mo. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Ni. 5.) Das Lymphangioma tuberosum multiplex oder, besser gesagt, das Syringocystadenoma ist eine gutartige, zystische Neubildung, die von versprengten, embryonalen Knäueldrüsenelementen abstammt. Die Zellen besitzen noch ihre schweißabsondernden Eigenschaften; die Tumoren sind also echte Adenome. Sie unterscheiden sich deutlich, sowohl klinisch als auch mikroskopisch von dem Acanthoma adenoides cysticum. Fendt-Wiesbaden.

Warzen. (Ohne Angabe des Autors. Journ. amer. med. assoc., Bd. 56, Nr. 21.) Als ausgezeichnetes Streupulver für Warzen an den Geschlechtsorganen wird empfohlen: Zincum oxydatum, Acid. tannicum, Hydrargyrum chloratum mite zu gleichen Teilen. Schourp-Danzig.

Spontanes Verschwinden flacher Warzen an der einen Hand nach Abtragung solcher an der anderen Hand, von L. Waelsch-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Eine junge Lehrerin kam wegen zahlreicher zuweilen flacher Warzen an beiden Handrücken zur Behandlung; es wurden aus äußeren Gründen zunächst nur die Läsionen der linken Hand behandelt und zwar durch Abtragen mit dem scharfen Löffel und Ätzen der kleinen Wunden mit dem Lapisstifte. Als Patientin sich nach 14 Tagen wieder vorstellte, waren die Warzen der rechten Hand auch deutlich vermindert, und nach weiteren 14 Tagen waren nur einige blaßgelbe Flecke als letzte Überreste zu sehen. Ganz analog war der Verlauf bei einem anderen, 16jährigen Mädchen; bei diesem konnte Verfasser schon 6 Tage nach Behandlung der einen Hand die beginnende Rückbildung an den Warzen der anderen Hand konstatieren. Bei harten Warzen dagegen hatte W. keine sympathische Einwirkung von der einseitigen Behandlung zu verzeichnen. Man kann die Erscheinung nur vermutungsweise erklären etwa durch einen vasomotorischen Reflex (im Sinne Kreibichs), worüber Verfasser noch mit Untersuchungen beschäftigt ist. Philippi-Bad Salzschlirf.

Spontanes Verschwinden flacher Warzen an der einen Hand nach Abtragung solcher an der anderen Hand, von Fr. Genswein-München. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Zu dem gleichnamigen Aufsatz von Waelsch (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37) bemerkt G., daß er schon im Jahre 1904 eine ähnliche Beobachtung gemacht hat, indem nach Beseitigung einer harten Warze am Handrücken durch Ätzen mit Trichloressigsäure eine zweite analoge Wucherung am Kinn spontan spurlos verschwand. Das gleiche Verschwinden von Warzen konstatierte er darauf noch bei einem 10jährigen Mädchen nach Beseitigung der ältesten und größten Verruca (ebenfalls mit Trichloressigsäure), und er hat das Experiment seitdem wiederholt erfolgreich ausgeführt. Andere Behandlungsarten lieferten ihm allerdings nur einen lokalen Erfolg.

Bemerkungen zu demselben Artikel, von Rothbaum-Außig. Nach Behandlung von 6 Warzen der linken Hand mit rauchender Salpetersäure konstatierte R. eine Rückbildung mehrerer Warzen an der anderen Hand. Als darauf die unbeeinflußt gebliebenen

Digitized by Google

Warzen der rechten Hand geätzt wurden, verschwanden vica versa mehrere noch unbehandelt gebliebenen Warzen der linken Hand ebenfalls. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Warzenbehandlung, von Edmund Saalfeld-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 50.) Eine interessante therapeutische Besprechung, ohne Neues zu bringen.
Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Condylomata acuminata, von D. Watson-Glasgow. (Lancet, 13. April 1912.) Nach W.s Erfahrungen gibt die Behandlung mit Milchsäure die besten Resultate. Beim Manne werden gestielte Läsionen mit der Schere abgetragen, und die Basis wird nach Stillung der Blutung sogleich mit einem Acidum lacticum betupft. Breit aufsitzende Gebilde werden mit reinem feuchten Dauerverband mit Kompressen, die in einer 1%igen Lösung getränkt sind, behandelt, oder sie werden von Zeit zu Zeit mit einer konzentrierten Lösung betupft. Die meist, ja nur bei weiblichen Kranken zu beobachtenden größeren Wucherungen werden portionsweise mit Lint, getränkt mit einer $^1/_2$—1%igen Lösung. umwickelt; ebenso werden disseminierte Aussaaten von kleineren Läsionen bedeckt, während die vereinzelten mit der starken Lösung wiederholt betupft werden. Daneben tun Sitzbäder mit Cyllin usw. gute Dienste. Gelegentlich kann bei allzu energischer Behandlung ein Reizungserythem entstehen, im übrigen erfolgt die Heilung ebenso schnell oder schneller als bei jeder sonstigen Therapie und hat keine Narbenbildungen im Gefolge. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva, von Francis Harbitz-Christiania. (Centralbl. f. allg. Pathol, Bd. 22, Nr. 18.) Bei dem zur Autopsie gekommenen Fall fand sich eine Vergrößerung eines größeren Teiles der Eingeweide — Splanchnomegalie: außer der Hypophysis waren Thyreoidea und Pankreas abnorm groß; ferner Leber, Milz, rechte Niere und Herz. Die linke Niere war atrophisch; ob hier ein Zusammenhang mit der atrophischen linken Gesichtshälfte denkbar ist, läßt sich nicht entscheiden. Schourp-Danzig.

Sammelreferat und kritische Studie über die Akromegalie, von Guillaume Orhan. (Inaug. -Dissert., Montpellier, 1911, Nr. 28.) Die Akromegalie kann ihre Entstehung der Störung in der inneren Sekretion mehrerer Drüsen verdanken. Organotherapeutische Versuche mit Hypophysensubstanz sind kontraindiziert, wenigstens in der ersten Periode (Wachstum des Skelettes.) Ohne die Therapie zu erörtern gibt Verfasser einen guten Überblick über den modernen Stand der Lehre von der Akromegalie.
Fritz Loeb-München.

Drei Fälle von Akromegalie mit radiographischem Nachweis von Veränderungen an der Sella turcica, von Erwin Gross. (Dissertation, Königsberg i. Pr., 1911.) In allen drei Fällen konnte bei ausgeprochen akromegalischen Veränderungen ein Hypophysistumor im Röntgenbilde bezw. autoptisch nachgewiesen werden. Es stützt das in diesen Fällen beobachtete kombinierte Vorkommen von Akromegalie und Hypophysistumor die Anschauung, daß beide Prozesse in einem innigen Zusammenhang stehen.
Fritz Loeb-München.

Diffuses Lipom und Tiere; Lipoma pubicum beim Menschen und Lipomata nuchae beim Menschen und bei Tieren, von J. Hutchinson-London. (Lancet, 20. Mai 1911.) Verfasser bringt das Photogramm des in seinem Artikel im Lancet (25. März 1911) erwähnten Esels und bemerkt, daß er seitdem wieder einen weiteren analogen Fall beim Menschen kennen gelernt hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Keloidakne des Nackens und ihre Behandlung, von Pantrier. (Bull. méd., 1911, S. 518.) Der Verlauf der Keloidakne, die meistens am Nacken bis zur Haargrenze lokalisiert ist, kann in drei Abschnitte geteilt werden: 1. das Vorkeloidstadium, in dem

Digitized by Google

nur Akneknötchen und Furunkeln vorhanden sind; 2. das Entwicklungsstadium, in dem die Einzeleffloreszenzen zu größeren Herden konfluieren, und 3. das Endstadium, mit den voll entwickelten Keloiden. — Die Behandlung muß lokale Reize entfernen, eine entsprechende, reizlose Diät verschreiben, Alkohol verbieten, den Stuhlgang regeln und innerlich Schwefel verabreichen. Lokal kommen im ersten Stadium Schwefelsalben oder Röntgenstrahlen in epilatorischer Dosis in Betracht, im zweiten Skarifizierungen, Elektrolyse, während im Endstadium Röntgen- oder noch besser Radiumbehandlung einzig am Platze ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Nackenkeloid, von Jean Gouin. (Inaug.-Diss., Paris 1911, Nr. 237.) Verfasser erörtert zunächst die Auffassung französischer und nichtfranzösischer Schulen und der letzten Arbeiten über das Titelthema. In den einzelnen Kapiteln finden dann eingehende Besprechung die Ätiologie, Symptomatologie, Keloidakne anderer Lokalisation, Diagnose, pathologische Anatomie des Nackenkeloids, Pathogenese, Behandlung. Verfasser liefert zum Schlusse seiner umfangreichen, zu einem kurzen Referat ungeeigneten Arbeit ein gutes Literaturverzeichnis, das bei weiteren Studien über das Nackenkeloid von Nutzen sein wird. Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung der Hautnarben, von O. Thilo-Riga. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Die in so vielen Fällen mit erheblichen Nachteilen verknüpften Narbenbildungen der Haut behandelt Verfasser durch verschiedene erweichende Mittel, namentlich durch das Bedecken mit einem guten Heftpflaster, das wochenlang liegen bleibt (bei wöchentlich einmaliger Erneuerung) und Einhüllen mit Watte und einem Trikotüberzug. Falls das Heftpflaster von der Haut nicht vertragen wird, nimmt man Zink- oder Bleisalbe auf Barchent- oder Flanell gestrichen, was aber täglich erneuert werden muß. Dabei soll täglich zweimal das Narbengebiet unter seiner Bedeckung von Heftpflaster und Trikot (nach Abnahme des Wattepolsters) ausgiebig massiert werden; später wird direkt auf der Narbe massiert. Eine spezielle Eigentümlichkeit bildet das Massieren mit Sand und Öl zur Kräftigung des Narbengebietes und zur Beseitigung des abnormen Glanzes. Der Sand ist durch Sieben und Glühen vorzubereiten und darf bei ganz zarten Narben zunächst nur für die Bearbeitung der Umgebung verwendet werden. Schließlich wird auch statt Öl Wasser beim Massieren verwendet, worauf Einreibungen mit verdünntem Glyzerin (1 Teil auf 2 Teile Wasser) folgen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen durch Neurofibromatose bedingten Fall von Pylorusstenose, von René Leriche-Lyon. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 111, H. 1—3.) Ein 45jähriger Mann magerte ab unter Magen-Darmbeschwerden; er litt außerdem an allgemeiner Neurofibromatose. Sein Vater hatte ebenfalls daran gelitten, und eine seiner Töchter ist am ganzen Körper mit Pigmentflecken bedeckt. Durch Operation wurde ihm ein Tumor des Pylorus und des Duodenums exstirpiert. Hystologisch handelte es sich um Fibrome ohne Nervenelemente, die am Pylorus in sarkomatöser Entartung begriffen waren. Der Kranke starb an eitriger Pleuritis. Schourp-Danzig.

Akute tegumentäre Neurofibromatose: klinische und pathologisch-anatomische Studie, von J. Sabrazès und E. Dubourg. (Gaz. hebd. d. scien. méd. de Bordeaux, 10. Dez. 1911.) Ein 28jähriger Patient bekam wenige Tage vor seinem Eintritt ins Spital einen Ausschlag, der durch kleine, rosa gefärbte Erhebungen charakterisiert war, welche, ungefähr 30 an der Zahl, auf Brust und Rücken saßen und von Fieber und Husten begleitet waren, so daß man anfangs an Masern dachte. Bald erschienen am ganzen Körper kaffeebraune, ovale Flecken von verschiedener Größe und vermehrten sich zugleich mit den rosafarbenen Erhebungen, so daß die Brust fast ganz davon bedeckt war. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß ein banales Fibrom im linken Hypochondrium 4 Jahre vorher exstirpiert worden war. An den unteren Extremitäten

Digitized by Google

waren die Flecken und Tumoren weniger zahlreich, dafür aber größer. Einzelne zeigten auf ihrer Höhe einen schwarzen Fleck, aus welchem auf Druck ein Sebumfaden entleert werden konnte. An den Lungenspitzen konnte etwas Bronchitis gefunden werden, die Kutisreaktion aber sowohl wie die Wassermannsche waren negativ. Der Magen zeigte eine Hypochlorhydrie. Die Reflexe waren an den oberen Extremitäten vermindert, an den unteren vermehrt. Das Sehfeld zeigte eine konzentrische Einschränkung für rot und grün. Im Blut waren 5644333 rote, 12400 weiße Blutkörperchen, darunter 73,20% neutrophyle Polynukleäre, 14,43% Lymphozyten und 6,72% große Mononukleäre. Neue Schübe der Erkrankung wiederholten sich, und fast ein Jahr nach Beginn der Erkrankung war der Patient noch in demselben Zustande wie zu Anfang. Salvarsan war vollständig unwirksam.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß in jedem Knötchen ein oder mehrere Nervenfasern verlaufen. Die Hyperplasie betrifft die intra- und perifaszikulären Bindegewebshüllen, deren fibröse Elemente die Nervenfasern zur Atrophie und zu vollständigem Schwunde bringen. Es sind also rein fibromatöse Tumoren, welche von der aus dem Mesoderm stammenden tuberkulären Hülle des Nerven ausgehen mit Ansnahme des Perineuriums, das erst sekundär ebenso wie die Drüsen, Haarbälge und die Kutis selber ergriffen wird. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der generalisierten Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit), von A. Jullien. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 266.)

Fritz Loeb-München.

Familiäres Auftreten von Recklinghausenscher Krankheit, von Rolleston und Macnaughton. (Review of neurol. and psych., Januar 1912.) Die Recklinghausensche Krankheit ist immer kongenital, oft erblich, manchmal familiär. Die Verfasser beobachteten sie bei einem Vater und zwei Töchtern. Die Nävi bildeten punktförmige und größere Pigmentationen und blaue Flecken, welche als erstes Stadium von Fibroma molluscum anzusehen sind. Die eine Tochter war 13 Jahr alt; bei dieser waren die Pigmentationen vor den blauen Flecken beobachtet worden. Die jüngere (5 Jahr) hatte noch keine blauen Flecken. Der Vater hatte beobachtet, daß dieselben in Anschluß an eine Pneumonie zahlreicher wurden. Die Mädchen kamen wegen Diphtherie ins Hospital; während ihres Aufenthaltes daselbst wurde eine Vermehrung der Nävi beobachtet. Ein kleinerer Bruder hatte mehrere Pigmentflecke im Jahre 1911, welche 1910 noch nicht gesehen worden waren.

Das ältere Mädchen hatte eine Makrocheilia rechterseits, welche ausgeschnitten wurde und sich als plexiformes Neurom erwies. In einigen anderen exzidierten Nävis der Kinder wurden Nervenfasern nicht gefunden. Werther-Dresden.

Zur Kasuistik des Morbus Recklinghausen im Kindesalter, von E. Hirsch-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 29.) In zwei von den mitgeteilten drei Fällen handelt es sich um sogenannte abortive Fälle (Jadassohn) von Neurofibromatosis, bei denen sich keine oder wenige kleine Tumoren neben den charakteristischen Pigmentflecken vorfinden. Bei dem dritten Fall handelte es sich wahrscheinlich um ein plexiformes Neurom mit multiplen Hautpigmentationen, während die molluskumartigen Hauttumoren nicht oder noch nicht aufgetreten sind. Arthur Schucht-Danzig.

Über einen Blutbefund bei der Recklinghausenschen Krankheit, von Julius Wittemann-Heidelberg. (Med. Klinik, 1911, Nr. 23.) Es wurden fünf Fälle von Neurofibromatosis untersucht. Auffallend und allen Fällen gemeinsam ist die Vermehrung der mononukleären Zellen, in drei Fällen betrifft sie besonders die kleinen Formen.

Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Nasenfibrom, von W. J. Collins und J. D. Collins-Northhampton. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 11.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Zwei Fälle von Molluscum contagiosum, als Beispiel dessen Übertragbarkeit, von Roman Leszczynski. (Tygodnik lekarski, 1911, Nr. 35.) Verfasser beobachtete an der dermatologischen Klinik von Prof. Lukasiewicz in Lemberg gleichzeitig eine Affektion mit Molluscum contagiosum bei einer 32jährigen Frau und deren 11jährigem Sohn. Bei beiden Kranken waren die Effloreszenzen hauptsächlich auf dem Rücken und auf den oberen Extremitäten zerstreut; beide gaben an, sich die Affektion durch Abreibung mit einem Handtuch zugezogen zu haben. Es ließ sich nicht sicher feststellen, bei welchem der Kranken die Affektion zuerst aufgetreten ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

c. Pigmentanomalien.

Unvollständiger Addisonscher Symptomenkomplex. Addisonsche Krankheit ohne Veränderungen der Nebennieren, von Sbrozzi. (Riv. Ospit., 15. Febr. 1912.) Der Verfasser teilt zwei Krankengeschichten mit. Die erste betraf einen Fall, bei welchem außer der Asthenie nichts an Addison zu denken erlaubte. Und doch zeigte die Autopsie ganz schwere Veränderungen der Nebennieren. Zugleich weist Sb. auf die übrigen Veränderungen hin, welche bei dem Falle gefunden wurden, Tuberkulose der Hypophyse, kleine Glans thyreoidea und Persistenz der Thymus, welche die moderne Hypothese stützen, daß die Pathogenese des Morbus Addisoni auf Alterationen des ganzen glandulären Systems mit innerer Sekretion beruht. Im zweiten Fall war die Diagnose „Bronzekrankheit" evident. Als Symptome derselben waren vorhanden: Asthenie und Adynamie, charakteristische Hautpigmentation, Verdauungsstörungen, Schmerzen im Epigastrium, Herzstörungen usw. und doch wurden die Nebennieren vollständig normal befunden. Leider konnte der Sympaticus abdominalis nicht untersucht und auch nach akzessorischen Nebennieren nicht gefahndet werden, da die Autopsie dieser Teile, welche vielleicht eine Erklärung für das Krankheitsbild abgegeben haben würden, nicht gestattet wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Addison-ähnliche Form des Magenkarzinoms, von Gouget und Thibaut. (Bull. et. mém. de la soc. anatom. de Paris, Dezember 1910.) Es handelte sich um ein verborgenes Magenkarzinom, das durch Zerstörung der Nebennieren das klinische Bild eines Addison erzeugt hatte. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Dozent Dr. Nikolaj Alexandrowitsch Michailow wurde zum Professor der Urologie am Kais. Klinischen Institute der Großfürstin Helena Pawlowna in St. Petersburg ernannt.

Dr. John Templeton Bowen, Professor der Dermatologie an der Harvard University zu Cambridge, Mass. (Boston), hat seine Stelle niedergelegt und den Ehrentitel „Edward Wigglesworth-Professor Emeritus" erhalten.

Priv.-Doz. Dr. Ladislaus v. Vajda-Wien wurde zum Ehrenmitgliede der Accademia fisico-chimica Italiana zu Palermo gewählt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Juli 1912 | Nr. 28 | Band 55

Über ein neues Verfahren zur Gewinnung des Blutserums.

Von

Dr. Y. Sakaguchi, Tokio.

In neuerer Zeit erfordern unsere epochemachenden bakteriologischen und serologischen Fortschritte, daß wir das Blutserum untersuchen zur Widalschen oder Wassermannschen Reaktion usw. Man kennt in dieser Richtung verschiedene Gewinnungsverfahren des Blutserums.

I. Die schon vom Altertum her bekannte und gewöhnliche Methode ist der Gebrauch des Blasenpflasters; durch diese Methode kann man leicht eine ganz genügende Serummenge des betreffenden Individuums bekommen, aber hierzu sind mehrere Stunden erforderlich und es wird der Kranke nicht nur durch viele Tage lang dauernde Schmerzen belästigt, sondern es verbleibt auch Monate lang eine häßliche Pigmentation.

II. Man kann die Lumbalflüssigkeit verwenden. Sie hat den Vorzug der Klarheit; aber leider stehen ihre Vorteile für serologische Untersuchung etwas hinter dem Blutserum oder Reizserum zurück, außerdem bedarf man nicht nur besonderer Apparate und ganz strenger Aseptik, sondern auch größerer klinischer Erfahrungen.

III. Die Methode, das Serum aus dem Blute zu gewinnen.

Hierfür gibt es sehr viele Verfahren:

1. Die Skarifikation. Man wird die Schulter, den Rücken oder die Extremitäten skarifizieren und das ausfließende Blut durch Schröpfköpfe sammeln. Diese Methode ist besonders zweckmäßig und empfehlenswert für Fettleibige, sowie für Frauen und Kinder.

2. Aus der Vena mediana antibrachii: entweder a) durch chirurgischen Einschnitt oder noch besser b) durch Punktion. Man wird den Oberarm des Kranken mit Gummiröhrchen oder einem Verbande unterbinden und wenn man nun eine kräftige Faust machen läßt, so sieht man durch die Haut eine strotzende Vene infolge der Stauung. Dann kann man sehr leicht mit einer dickeren Spritznadel in die Vene stechen und das in Tropfen kommende Blut in Gefäße sammeln; noch bequemer ist es, wenn man dazu eine etwas große Spritze verwendet, welche 5—10 Gramm fassen kann und auf diese Weise die gewünschte Menge des Blutes aufsaugt. Diese letztere Methode ist die leichteste und zweckmäßigste. Sie ist fast schmerzlos und liefert rasch die genügende Blutmenge.

Will man nun das Blut benutzen, so muß man davon das Serum ausscheiden lassen, wofür wir verschiedene ausgezeichnete Methoden besitzen.

Digitized by Google

1. Man kann durch die Zentrifuge ganz leicht in wenigen Minuten klares Serum gewinnen; doch ist nach über tausend meiner Erfahrungen zu befürchten, daß sein Komplement mit frischem Serum manchmal vermindert wird oder sogar ganz verloren geht, weshalb die Sternsche, Hechtsche und ebenso die modifizierte Wassermannsche Reaktion zeitweise ungenügend sind.

2. Eine ganz zweckmäßige und vielfach gebräuchliche Methode ist folgende. Man sammelt das Blut in dem gereinigten Reagenzglas und läßt es in schiefer Ebene koagulieren, dann wird man das ausscheidende Serum ganz leicht abpipettieren; freilich besteht dabei noch der kleine Nachteil das Glas von dem schmutzigen geronnenen Blutkuchen reinigen zu müssen.

3. Wenn man nur wenig Blutserum braucht, so kann man a) nach Weidanz in das Ohrläppchen oder in die Fingerbeere, am besten mittels der von Kirstein angegebenen Blutlanzette einen Einstich machen und etwa 8—10 Tropfen des herausquellenden Blutes mit einem Wattebausch eines Czaplewski-Röhrchens auffangen; das Gläschen wird dann wieder verschlossen und mit Paraffin oder Siegellack umgeben. Dann kann man durch längeres Zentrifugieren mühelos das Serum gewinnen und mit einem Kapillar abpipettieren. Oder b) man wird nach Ehrlichs Verfahren ein U-förmiges Kapillarglasröhrchen nehmen, von einem Ende das Blut einfüllen und zentrifugieren.

Meine neue Methode ist ganz einfach und zweckmäßig. Man bringt zuerst mittels eines beliebigen Verfahrens die genügende Blutmenge in ein Reagenzglas (noch bequemer in ein zur Zentrifuge eingerichtetes Zylinderröhrchen, dessen unterer Teil schmäler ist) und taucht dann ein vorher sterilisiertes gespaltenes, (möglichst trockenes) Holzstäbchen oder einen dünnen Metalldraht mit dem geknickten Ende ein.

Nach der Gerinnung des Blutes (etwa nach einigen Stunden) werden die Blutkuchen am Holzstäbchen oder an dem Metalldrahte sich anhängen; man kann dann das Blutgerinnsel ohne weiteres mit dem Stäbchen oder dem Draht entfernen, und es wird dann ganz klares Serum im Reagenzglas zurückbleiben. Man muß aber darauf achten, daß das Stäbchen nicht vor dem Gerinnen des Blutes herausgenommen werde, sonst ist das gewünschte Serum zu trüb und dadurch können verschiedene Serumreaktionen gestört oder erschwert werden.

Ich habe durch mehr als 5000 Erfahrungen (Wassermannsche Reaktion), welche ich in Japan schon publiziert habe, meine Methode als das einfachste, sauberste und bequemste Gewinnungsverfahren kennen gelernt; sie ist besonders in der Privatpraxis oder wenn man mit viel Blut arbeiten will, ganz zweckmäßig und wird dabei niemals das Komplement verloren gehen. Darum kann man sie auch für alle modifizierten Serumproben brauchen und sie ist infolgedessen zur Gewinnung des Komplements von Meerschweinchenblut ganz ausgezeichnet.

Digitized by Google

Literatur.

1. Wassermann, Bruck und Neisser, Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr, 1906, Nr. 19. — 2. Bruck, Die Serodiagnose der Syphilis, 1909. — 3. Mulzer, Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege, 1910. — 4. Stern, Eine Verfeinerung der Reaktion. Ztschr. f. Immunitätsforschung, 1909, Bd. 3, H. 3. — 5. Stern, Zur Technik der Reaktion. Berl. klin. Wochenschr, 1908, Nr. 32. — 6. Hecht, Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion. Wien. klin. Wochenschr, 1908, S. 1742. — 7. Weidanz, Wassermannsche Reaktion bei Anwendung kleinster Blutmengen. Berl. klin. Wochenschr, 1908, Nr. 50. — 8. Japan. Ztschr. f. Derm., 1910, Bd. 11, Nr. 3. — 9. Medizinische Monatsschrift vom Djuntendehospital 1910. — 10. Chiugai Ijishinpo 1910. — 11. Kolle und Wassermann, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. — 12. Kolle, W. und Hetsch, Die experiment. Bakteriologie u. d. Infektionskrankheiten, m. besond. Berücksichtigung der Immunitätslehre, 1908, 2. Auflage. — 13. Wright, Studien über Immunisierung u. ihre Anwendung in der Diagnose u. Behandlung v. Bakterieninfektionen, 1909.

Ein Fall von Parakeratosis variegata (Unna) — Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Parapsoriasis en gouttes (Brocq [1]).

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Schluß.)

Histologischer Befund.

Wir haben drei Stückchen exzidiert, ein kleines, ganz frisches, lichenoides nicht schuppendes Knötchen der „Parapsoriasis lichenoide", ein älteres, schuppendes der „Parapsoriasis en gouttes" und ein noch älteres der „Parapsoriasis en plaques".

Untersuchung des 1. Stückchens.

Man sieht als die ersten Zeichen der Parapsoriasis entzündliche und Gefäßveränderungen; die Gefäßlumina sind leicht erweitert, es besteht mäßiges Ödem der Kutis, stärker ausgesprochenes im Papillarkörper. Die Wandungen aller Gefäße in den Papillen, unter diesen und in der Kutis sind durch Hypertrophie und Hyperplasie der perithelialen Zellen, die in mehreren, parallelen Reihen angeordnet sind, verdickt. Man sieht keine Lymphozytenherde um die Gefäße. Es besteht eine Proliferation des intervaskulären Bindegewebes, die fast ausschließlich auf den

[1]) Vortrag in der Kais. Med. Gesellschaft zu Konstantinopel.

Digitized by Google

Papillarkörper beschränkt ist. In den mittleren und tieferen Lagen der Kutis sieht man nur die perivaskulären Zellmäntel, während die Proliferation des intervaskulären Bindegewebes unbedeutend ist. Die Stachelschicht ist leicht hypertrophisch, Zellkern und -leib voluminöser, die Zellagen sind vermehrt; außerdem besteht geringes inter- und intrazelluläres Ödem, die Zwischenzellenspalten sind etwas erweitert, ebenso die Kernhöhlen, die einen ödematösen Hof um die Kerne zeigen. Ödem und Hyperplasie sind nur an einigen Stellen stärker ausgeprägt. Körner- und Hornschicht sind verdickt, letztere normal keratinisiert und hyperkeratotisch.

Untersuchung des 2. Stückchens.

In den seitlichen Partien, die anscheinend normal sind, bestehen leichte entzündliche Gefäßveränderungen; die Epidermis ist intakt. Die tiefen, die subpapillaren und papillaren Gefäße sind geringfügig erweitert, ihre Wandungen durch hypertrophische, in mehreren parallelen Reihen stehende peritheliale Zellen verdickt und infiltriert. Man sieht Endothelial- und Perithelialzellen mit vergrößertem Protoplasma und Kern, eine große Zahl junger perithelialer Zellen mit kleinen mehr oder weniger abgeplatteten oder rundlichen Kernen, sowie geringe Proliferation der Bindegewebszellen im Papillarkörper. Das sind die geringfügigen Veränderungen, die den Anfängen der Krankheit entsprechen. Je weiter man sich aber dem Zentrum des Knötchens nähert, desto ausgesprochener wird die Erweiterung der Gefäßlumina und die Proliferation der perithelialen Zellen. Es zeigen sich dicke perivaskuläre Zellstränge, die aus zahlreichen Lagen perithelialer Zellen bestehen und eine Infiltration mit kleinen, lymphoiden, dunkel gefärbten Zellen mit rundem, ovalem oder unregelmäßigem Kern. Diese Zellinfiltration und die Proliferation der Zellen des intervaskulären Bindegewebes ist besonders stark im Papillarkörper; dieser ist auch deutlich ödematös, die Papillen sind geschwollen und voluminös. In der Epidermis besteht ein von der Peripherie zum Zentrum zunehmender Prozeß. An der Peripherie sind alle Anteile der Epidermis leicht hypertrophisch und hyperplastisch; die Stachelschicht und die Körnerschicht sind hypertrophisch und bestehen aus mehreren Zellagen, ihr Protoplasma und die Kerne sind voluminöser, die Hornschicht ist verdickt, normal keratinisiert, hyperkeratotisch. Je weiter man gegen das Zentrum der Papel kommt, desto deutlicher wird diese Hypertrophie und Hyperplasie des Epithels und es tritt noch ein inter- und intrazelluläres Ödem, Erweiterung der Zwischenzellenspalten und der Kernhöhlen, die ödematöse Ringe um den Kern zeigen, hinzu. Das Ödem wird nahe dem Zentrum, wo die Epidermis stärker hypertrophisch

Digitized by Google

ist, noch ausgeprägter. Die Hornschicht ist überall hyperkeratotisch und an einigen Stellen beginnt sie sich zu lockern und in normal keratinisierten Lamellen abzustoßen. Die Körnerschicht ist erhalten, aber nahe dem Zentrum, wo das Ödem am stärksten ist, beginnt das Keratohyalin in ihr sich zu vermindern oder zu verschwinden, die Keratinisation wird stellenweise abnormal und die Hornlamellen an der Oberfläche sind stellenweise parakeratotisch mit Reihen abgeplatteter Kerne und einige sind im Begriffe sich zu exfoliieren und in dünne Schuppen umzuwandeln.

Das erste, progressive, Stadium des Knötchens besteht aus Hypertrophie, Hyperplasie und Ödem der Epidermis. Ganz im Zentrum beginnt das zweite, das regressive Stadium; man sieht unter den stellenweise hyperkeratotischen oder parakeratotischen, sich abstoßenden Hornlamellen die Stachelschicht degeneriert, homogen, nekrotisch, auf dem Wege zu atrophieren und eine Schuppe zu bilden.

Die hypertrophischen und ödematösen Stachelzellen haben ein homogenes, ungefärbtes Protoplasma, ebenso sind auch einige Kerne beschaffen. Diese gänzlich homogenen Zellen sind in runde, homogene, isolierte, hyalinaussehende, glänzende, tiefrot gefärbte Schollen umwandelt (polychromes Methylenblau-Tannin-Fuchsin), in denen man einige atrophische, noch nicht homogenisierte blaugefärbte Kernreste sieht. Oder aber das Protoplasma mehrerer benachbarter homogener Zellen konfluiert zu einer homogenen, unregelmäßigen, fast farblosen Masse. Die Mehrzahl der hypertrophischen Kerne, die unregelmäßig gelagert sind, beginnt sich ebenfalls zu verändern. Man sieht Kerne, die im Zerfalle begriffen sind, sich homogenisieren und atrophieren; bald nehmen sie die Gestalt dünner Platten an, die in der Mitte oder an einem Ende der homogenen Zellen liegen, bald sind sie bereits zerfallen und man sieht nur die gefärbten Kerntrümmer, andere Kerne sind ungefärbt, andere wieder bestehen noch und sind gefärbt. Ab und zu sieht man auch in einigen Stachelzellen eine eigenartige Degenerationsform der Kerne, die proliferiert und in mehrere, 4—6, kleine Kerne zerfallen sind, die in der Mitte des homogenen Protoplasmas liegen, so daß sie eine Riesenzelle vortäuschen.

In den oberen Teilen der Epidermis stoßen sich die Lamellen langsam ab, sie hängen noch an einigen Stellen; da und dort sind sie parakeratotisch und zeigen in parallele Reihen geordnete, platte Kerne oder zerfallene Kerne und Kerntrümmer. Dieser Teil der homogenen, nekrotischen Papel lockert sich langsam und stößt sich in dicken Lamellen ab. In dieser Partie der Epidermis ist die Mehrzahl der Zellen bereits homogen, doch sieht man auch, besonders in den tieferen Schichten, noch erhaltene ödematöse Stachelzellen. Unter dieser homogenen Partie des Epithels

Digitized by Google

findet sich eine beträchtliche Infiltration mit kleinen, runden, lymphoiden Zellen; einige von diesen sieht man auch mitten zwischen den homogenen konfluierten, gelockerten und durch verschieden große Höhlungen voneinander getrennten Epithelzellen. Auch einige polynukleäre Leukozyten finden sich in dieser degenerierten, atrophischen Epidermis. Die interpapillären Zapfen sind in diesem Teile der Epidermis verschwunden, ebenso ist die untere Grenze verwischt und undeutlich und die Stachelzellen, sowohl die erhaltenen, wie die homogenen sind innig mit den genannten Infiltrationsherden vermengt, so daß man mitten zwischen den Infiltrationszellen veränderte, ödematöse, in Homogenisierung begriffene oder bereits homogene Stachelzellen sieht. Das ist das regressive Stadium der Papel.

Unmittelbar unter dieser degenerierten, homogenisierten, atrophischen Epidermis, die zur Schuppe wird, sieht man die Veränderungen des Papillarkörpers auf ihrer Höhe; der Papillarkörper hat zum größten Teile sein papilläres Aussehen verloren, die Papillen sind meistens verwischt und von dem unteren Teile der degenerierten Epidermis an ist der ganze Papillarkörper ebenso wie der obere Teil der Kutis gänzlich mit einer dicken Infiltrationsschicht bedeckt, die aus proliferierten Bindegewebszellen, aus großen perivaskulären Herden von perithelialen Zellen und aus einer enormen Menge kleiner, runder, lymphoider Zellen besteht. Dagegen sieht man in den mittleren und tieferen Schichten lediglich große Zellmäntel um die Gefäße und nur geringe Reizung des intervaskulären Bindegewebes; aber es besteht nicht diese enorme Zellinfiltration, wie sie ausschließlich auf den Papillarkörper beschränkt ist. Die elastischen Fasern sind stark hypertrophisch, bedeutend dicker als normal und erstrecken sich bis zur Basis der Epidermis; nur in den Infiltrationsherden sind sie rarefiziert und an die Peripherie gedrängt. Einige elastische Fasern sind enorm hypertrophisch und in der von Unna „Collastin"genannten Degeneration begriffen, indem sie große, dicke, mit saurem Orzein intensiv gefärbte Klumpen bilden. Man sieht auch zahlreiche Mastzellen längs der Kutis- und Papillargefäße, ebenso wie im intervaskulären Gewebe der Papillen. Die Talgdrüsen zeigen meistenteils keine kleinzellige Infiltration in der Peripherie; doch sieht man die Wandungen der kleinen perifollikulären Gefäße an einigen Stellen mit Rundzellen infiltriert.

Untersuchung des 3. Stückchens.

In den seitlichen Partien sieht man dieselben progressiven Veränderungen der Epidermis, Hypertrophie und Ödem der Stachelschicht, Hyperkeratose der Hornschicht und stellenweise Exfoliation der oberfläch-

Digitized by Google

lichen Hornlamellen. Die Gefäße der Kutis und der Papillen leicht dilatiert, ihre Wandungen durch Proliferation der perithelialen Zellen verdickt, um die Gefäße liegt ein Rundzelleninfiltrat, das im Papillarkörper deutlicher wird, die Zellen des intervaskulären Bindegewebes sind in den Papillen, weniger in der Kutis, proliferiert. Der Papillarkörper ist ödematös und von großen aus Bindegewebs- und Rundzellen bestehenden Infiltrationsherden durchsetzt. Im Zentrum der Effloreszenz ist der regressive Prozeß sichtbar; die ganze Epidermis ist degeneriert, in eine homogene, ungefärbte Lage verwandelt, in der man noch einige gefärbte Kerntrümmer sieht und das Ganze bildet eine Schuppe, die noch nicht gelockert ist. Von der ganzen Epidermis bleibt nichts übrig als ein oder zwei Reihen der unteren Stachelzellen, die aber auch schon in Degeneration begriffen und unregelmäßig mit Infiltrationsherden des Papillarkörpers vermengt sind. Dieser letztere ist eingenommen von einer dichten Zellinfiltration, die sich aus proliferierten Bindegewebszellen, aus perivaskulär angeordneten Rundzellen und aus proliferierten perithelialen Zellen zusammensetzt. In der Kutis sieht man auch Proliferation der perithelialen Zellen, die der Bindegewebszellen hingegen ist unbedeutend.

Zusammenfassung der histologischen Befunde.

Man sieht also, daß bei den kleinen, frischen, lichenoiden, noch nicht schuppenden Effloreszenzen der Parapsoriasis an der Peripherie, wo die Epidermis noch völlig normal ist, die ersten Veränderungen vaskulärer und entzündlicher Natur sind. Sie bestehen in einer Hyperplasie der perithelialen Zellen der Gefäßwandungen der Kutis und Papillen, einer Wucherung der Bindegewebszellen, die auf den Papillarkörper beschränkt ist und geringem Ödem des letzteren. Darauf folgen die Veränderungen der Epidermis, die zunächst progressiver Natur sind und von einer leichten Hyperplasie und Hypertrophie der etwas ödematösen Stachelzellenschicht und von geringer Verdickung der Körnerschicht und der hyperkeratotischen Stachelschicht dargestellt werden.

In einem etwas älteren Knötchen der „Parapsoriasis en gouttes", das im Zentrum schuppt, sieht man an der Peripherie dieselben oben erwähnten, progressiven Veränderungen, aber in höherem Grade; die Hyperplasie der Perithelialzellen der Kutis- und Papillargefäße ist ausgesprochener und dazu kommt eine perivaskuläre Infiltration mit kleinen runden lymphoiden Zellen und eine deutlichere Wucherung der Bindegewebszellen im Papillarkörper. In der Kutis ist diese unbedeutend. Auch das Ödem ist im Papillarkörper stärker. In der Epidermis treten ebenfalls die progressiven Veränderungen stärker hervor; die Hyperplasie

Digitized by Google

und Hypertrophie der Stachelschicht hat zugenommen, die Hornschicht ist stärker hyperkeratotisch und stößt sich in den oberen Partien in Lamellen ab. Es besteht stärkeres inter- und intrazelluläres Ödem und wo dieses am stärksten ist, verschwindet die Körnerschicht und es beginnt auf der Oberfläche stellenweise eine abnormale Keratinisation, so daß sich parakeratotische Lamellen bilden. In den zentralen schuppenden Anteilen finden sich die regressiven Veränderungen der Epidermis. An der Oberfläche stoßen sich hyperkeratotische und parakeratotische Lamellen ab, die Stachelschicht ist degeneriert, homogen, nekrotisch und atrophisch. Die Stachelzellen sind zum großen Teile homogenisiert, in hyaline, rundliche Schollen verwandelt oder zu kompakten, ungefärbten, homogenen Massen zusammengeflossen, in denen die Kerne atrophisch oder zerfallen sind; es bestehen aber in den unteren Lagen noch einzelne erhaltene, noch nicht homogenisierte Stellen. Die Epithelzapfen sind zum größten Teile vermischt. In der Kutis sind die entzündlichen und Gefäßveränderungen noch stärker ausgeprägt; es findet sich eine dicke Lage von Infiltrationszellen, die von der unteren Epidermisgrenze an den ganzen Papillarkörpern und die obere Kutispartie einnimmt. Sie setzt sich zusammen aus proliferierten perithelialen Zellen, aus großen perivaskulären Rundzellenhaufen und aus den Zellen des proliferierten Bindegewebes; in der Kutis dagegen ist die Wucherung der letzteren unbedeutend. Die untere Epidermisgrenze ist unscharf, die Papillen sind zum größten Teile verwischt und man sieht homogenisierte, von der Epidermis mehr weniger losgelöste Stachelzellen untermischt mit den Infiltrationszellen des Papillarkörpers.

In dem noch älteren Stücke der „Parapsoriasis en plaques" findet man in der Epidermis und Kutis dieselben Veränderungen wie bei der „Parapsoriasis en gouttes" mit dem kleinen Unterschiede, daß im Zentrum die Stachelschicht zum größten Teil homogen und fast gänzlich in eine ungefärbte kompakte Schuppe verwandelt ist, in der die Kerne atrophisch und zertrümmert sind.

In allen drei Stücken sieht man, daß in den mittleren und tiefen Schichten der Kutis keine Infiltration mit Rundzellen im intervaskulären Gewebe besteht und daß die Wucherung der Bindegewebszellen nur unbedeutend ist. Die Follikel und die Drüsen sind größtenteils intakt, nur stellenweise sind die Wandungen der kleinen perifollikulären Gefäße mit Rundzellen infiltriert. Nirgends konnte ich wie Civatte und Milian Nekrosen im Bindegewebe, Epitheloid- oder Riesenzellen nachweisen. Nirgends sieht man in den Gefäßen Stauung von polynukleären Leukozyten oder deren bemerkenswerte Auswanderung und Anhäufung im Gewebe.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

In unseren Präparaten von Parapsoriasis fanden wir Gefäß- und entzündliche Veränderungen im Papillarkörper mit sekundärer Alteration der Epidermis, die erst progressiven dann regressiven Charakter zeigt. Wir konnten in unserem Falle keine tuberkulöse Belastung nachweisen, weder bei seinen Eltern, noch bei seinen acht gesunden Brüdern. Der Kranke selbst war mit Ausnahme seiner Parapsoriasis gesund; nur leidet er, ebenso wie seine Brüder, an Akroasphyxie der Hände. Injektionen von Tuberkulin und die Pirquetsche Reaktion waren negativ. Die innerliche Untersuchung (Dr. Noulis) ergab vollständig normalen Befund des Herzens und der Lungen; der arterielle Druck 19, geringe Pulsbeschleunigung bis 98.

Wie bereits erwähnt, fanden sich in den Schnitten keine Nekrosen im Bindegewebe, keine Epitheloid- und Riesenzellen. Es ist zwar richtig, daß bei papulo-nekrotischen Tuberkuliden, die deutlich auf Tuberkulin reagieren, ziemlich häufig Epitheloid- und Riesenzellen fehlen, doch findet man oft nekrotische Stellen im Bindegewebe. In unserem Falle von Parapsoriasis sind die Gefäßveränderungen, die perivaskulären Infiltrationsherde und die Bindegewebsproliferation hauptsächlich auf den Papillarkörper beschränkt. Die Veränderungen der Epidermis sind dadurch charakterisiert, daß sie bei frischen Effloreszenzen progressiver (Ödem und Hyperplasie), bei älteren regressiver Natur sind; letztere betreffen hauptsächlich die Stachelzellen, die homogenisiert und in hyaline Schollen umgewandelt sind oder zu kompakten homogenen Massen zusammenfließen, die dann eine Schuppe bilden.

Als einziges Symptom, das nach einigen Autoren tuberkuloseverdächtig ist, fanden wir Akroasphyxie bei unserem Patienten und seinen acht gesunden Brüdern. Allein der arterielle Druck von 19 und die Pulsbeschleunigung bis 98 weisen auf dauernde nervöse Störungen bei unserem Kranken hin, dessen Herz und Lungen ja völlig normal sind. Es ist also die Akroasphyxie nicht durch Tuberkulose, sondern durch nervöse Störungen verursacht. Dieses Symptom allein erlaubt uns nicht, so wie Civatte und Milian, die Parapsoriasis als eine Form der Tuberkulide anzusehen.

Nun haben zwar Civatte und Milian in ihren Schnitten Epitheloid- und Riesenzellen sowie Nekrosen im Bindegewebe gefunden und konnten auch tuberkulöse Antezedenzien bei ihren Kranken feststellen; ferner fand Milian in einem Falle eine dem typischen Lupusknötchen analoge Veränderung und sah bei einem anderen, der zwar histologisch nur einfache entzündliche Veränderungen aufwies, aber auf Tuberkulin reagierte, Akroasphyxie der Hände: aber bei diesem Kranken war im Gegensatz

Digitized by Google

zu unserem der arterielle Druck auf 15—16 herabgesetzt und die Lungenspitzen waren induriert, so daß die tuberkulöse Natur der Parapsoriasis für ihn unzweifelhaft erschien.

Die zahlreichen Autoren, die die Parapsoriasis histologisch untersuchten, haben so wie wir nur entzündliche und Gefäßveränderungen gefunden, die von vasomotorischen Störungen abhängen, und erwähnen weder tuberkulöse Antezedenzien noch einen positiven Ausfall der Tuberkulinprobe bei ihren Kranken, wie ja auch in diesem Falle die Pirquetsche Probe negativ war. Dennoch verdienen die Arbeiten und die Befunde von Milian und Civatte ernstliche Beachtung und es ist die Untersuchung weiterer Fälle von Parapsoriasis in dieser Hinsicht notwendig, um zu entscheiden, ob diese zu den Tuberkuliden gehört oder nicht.

Literatur:

Abraham, Parakeratosis variegata. Brit. Journ. of Derm., März 1902. — Bogrow, Un cas de Parapsoriasis en plaques. Moskauer vener.-dermat. Gesellschaft, 9. (22.) April 1910. — Idem, Zur Klinik und Diagnose der Parapsoriasis en plaques (Brocq). Derm. Ztschr., 1911, H. 2. — Bonnet, Parapsoriasis guttata. Gaz. des hôp., 1909, Nr. 8. — Brocq, Les érythrodermies pityriasiques en plaques disseminées. Revue générale clin. et therap., 1897. — Idem, Les Parapsoriasis. Ann. de Derm. et de Syph., 1902. — Bucek, Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq). Zürich, 1903. — Casoli, Dermatosi squamose anormale. Giorn. ital. delle mal. vener. e. d. pelle, 1901. — Crocker, R., Lichen planus. Brit. Journ. of Derm., Dez. 1900. — Idem, Lichen variegatus. Brit. Journ. of Derm., Jan. 1901. — Idem, Lichen variegatus. Brit. Journ. of Derm., Febr. 1901. — Idem, Xantho-erythrodermia perstans. Brit. Journ. of Derm., April 1905. — Csillag, J., Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen. Arch. f. Derm., Bd. 76, H. 3. — Eudlitz, Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloide. Soc. franç. d. derm. et syph., 1898. — Fox, C., Brit. Journ. of Derm., Jan. 1901. — Fox, C. und Mac Leod, On a case of Parakeratosis variegata. Brit. Journ. of Derm., Sept. 1901. — Heller, Felix, Über die Beziehungen der Parapsoriasis en gouttes zu der Brocqschen Krankheit. Arch. f. Derm., Bd. 108, H. 1—2. — Jadassohn, Über ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. Verhdlg. d. deutsch. derm. Ges., IV. Kongr., Breslau, 1894. — Idem, Dermatitis nodularis psoriasiformis. Festschrift f. Kaposi, 1900. — Jamieson, A., Brit. Journ. of Derm., Sept. 1898. — Juliusberg, Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. 1897. — Idem, Über die Pityriasis lichenoides chronica. Arch. f. Derm., 1899. — Kudriawsky, Parapsoriasis. Russ. syph. u. dermatol. Ges. Tarnowsky, St. Petersburg, 25. IV. (8. V.) 1909. — Mac Leod, Parakeratosis variegata (Lichen variegatus). Brit. Journ. of Derm. Febr. 1901. — Merian, Un nouveau cas de Parakeratosis variegata. — Milian und Pinard, Parapsoriasis en gouttes. Sa nature tuberculeuse. Bull. et mem. d. l. soc. méd. des hôpitaux de Paris, 26. IV. 1907. — Neisser, Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. Verhdlg. d. deutsch. derm. Ges., IV. Kongr., Breslau, 1894. — Pernet, G., Xantho-erythrodermia perstans, Brit. Journ. of Derm., Dez. 1906. — Pinkus, Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. Arch. f. Derm., 1898. Ravogli, On a case of Erythroderma squamosum. Journ. amer. med. assoc., 1901. — Rille, Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica. Kongr. f. innere Medizin, Wiesbaden,

Digitized by Google

Elly Kluge-Gutermann.

Hodara.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg.

Digitized by Google

Digitized by Google

J. F. Bergmann, 1904. — Rona, Verhandlg. d. Vereins ungar. Dermatologen. Arch. f. Derm., 1898. — Rusch, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Arch. f. Derm., Bd. 81, H. 1—3. — Terebinski, Parapsoriasis oder Syphilis. Russki Wratsch, 1911, Nr. 8. — Török, In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermien. Pester med.-chirurg. Presse, 1901. — Unna-Santi-Pollitzer, Über die Parakeratosis im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). Monatsh. f. prakt. Derm., 1890. — Veress, Über Parapsoriasis. Gyógyaszát, 1909, Nr. 23. — Verotti, G., Ein Fall von Parapsoriasis von Brocq. X. Vers. d. italien. dermatol. Gesellschaft, 16.—19. XII. 1908, 5. Sitzung. — White, Case of Brocqs erythrodermie pityriasique en plaques disseminées. Journ. of cutan. dis., Dez. 1900. — Whitfield, Fall von Parakeratosis variegata. Verhdlg. d. royal soc. of medecine. Dermatol. Sektion, 17. XI. 1910.

Erklärung der Tafel.

Parapsoriasis en gouttes.

An den peripheren, nicht schuppenden Teilen sieht man progressive Veränderungen der Epidermis, bestehend in Ödem und Hyperplasie der Stachelschicht, Verdickung der Körner- und der hyperkeratotischen Hornschicht. In der Kutis sieht man perivaskuläre Infiltrate und eine auf den Papillarkörper beschränkte Proliferation der Bindegewebszellen.

Im schuppenden Zentrum sind die Veränderungen der Epidermis regressiver Natur. Auf der Oberfläche liegen Schuppen, die stellenweise parakeratotisch sind, die darunterliegende Stachelschicht ist homogenisiert degeneriert, und die Stachelzellen sind zum größten Teile in homogene Schollen verwandelt oder zu homogenen, ungefärbten, kompakten Massen zusammengeflossen, in denen die Mehrzahl der Kerne atrophisch ist. Die Epithelzapfen und die Papillen sind verstrichen. Im Papillarkörper besteht ein dichter Infiltrationsherd und man sieht die degenerierten, aus ihrem Zusammenhange mehr oder weniger gelösten Stachelzellen unregelmäßig mit den Infiltrationszellen vermengt. In der mittleren und tieferen Schicht der Kutis ist die Proliferation der Bindegewebszellen unbedeutend.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1912, Bd. 19, Heft 4, 5, 6.

Zur endovenösen Therapie der Lues mit Hg-Präparaten, von Ludwig Meyer-Berlin. (Mit einem Nachwort von Blaschko-Berlin.) Angeregt durch die intravenösen Injektionen von Salvarsan hat Verfasser versucht, durch endovenöse Injektionen von Quecksilberpräparaten die Lues zu behandeln. Er injizierte Afridol (Natriumsalz der Oxyquecksilberotoluylsäure), 2—8 ccm einer 2%igen Lösung und Enesol (lösliches Quecksilber-Salizylarsenpräparat) in 3%iger Lösung, beides Präparate mit hohem Quecksilbergehalt. Der Erfolg war nicht ermutigend, so daß er zu folgenden Schlüssen kommt: Relativ große Quecksilberdosen, welche den Körper bald wieder verlassen, selbst häufig wiederholt, haben keine nachhaltige Wirkung auf das luetische Virus. Das Quecksilber scheint kein Spirochätengift im strengen Sinne des Wortes zu sein. Es ist möglich und wahrscheinlich, daß die Wirkung des Quecksilbers bei Lues hauptsächlich in einer

Digitized by Google

Umstimmung der Gewebe gegen das syphilitische Virus besteht, während Salvarsan die Spirochäten tötet.

Behandlung von syphilitischen Nasengeschwüren im Jahre 1820, von PAGENSTECHER. Man raucht Tabak, der mit in Wasser gemischten Zinnober befeuchtet wird und läßt den Dampf durch die Nase ausblasen. Die Geschwüre gelangen rasch zur Heilung.

Über Cancer en cuirasse mit Blasenbildung und Lokalisation an der Haut des rechten Oberschenkels und des Unterbauches, von M. NEUSTADT-Berlin. Der Verfasser berichtet über obigen Fall, der sich nicht nur durch seine Seltenheit und Bösartigkeit auszeichnet, als vielmehr in diesem speziellen Falle auch von der bisher beschriebenen Lokalisation (Brustdrüse) abweicht. Hier befand sich der Tumor am Oberschenkel, der sich bis zum Unterbauch erstreckte. Der Panzerkrebs geht nicht von der Epidermis aus, sondern nach unten zu bis weit ins subkutane Gewebe, nach oben bis dicht unter die Epidermis, das ganze Gewebe dicht mit Epithelmassen infiltriert. Besonders auffallend ist das rapide Wachstum des Krebses, welches seinen Grund darin hat, daß die Ausbreitung ausschließlich auf dem bequemen Wege der hindernisfreien Lymphbahnen vor sich geht. Ebenso erwähnenswert ist hier ein bemerkenswerter Befund einer sicher nicht entzündlichen Blasenbildung in der Epidermis über den karzinomatösen Herden. Beispiele aus der Literatur bringen ähnliche resp. gleiche Bilder.

Zur Frage „Tätowierung und Syphilis", von T. AOKI-Tokio. Mit einer Tafel. Beschreibung einer Tätowierung, darstellend eine an der Oberextremität eingestochene Schlange, wobei der Rücken der Schlange mit chinesischer Tusche, der Bauch mit Zinnober behandelt wurde. Zwei Jahre nachher infizierte sich Patient mit Lues. Sehr interessant ist es, daß an den rot tätowierten Stellen nirgends spezifische Effloreszenzen zu finden sind, während an den blau, besonders aber an den tief schwarzblau gefärbten Stellen zahlreiche reihenweise angeordnete Papeln konstatiert werden. Verfasser sucht den Nachweis zu erbringen, daß nicht die Farbstoffe durch die hervorgerufene Reizwirkung beim Ausbruch syphilitischer Effloreszenzen eine hervorragende Rolle spielen, sondern daß vor allem durch den in die Haut eingeführten, lange unverändert bleibenden Zinnober durch seinen Quecksilbergehalt die Entwicklung der Spirochäte gehindert bzw. den Spirochäten ihre Virulenz genommen wird. W. Chrzelitzer-Posen.

Actas dermo-sifiliograficas.

4. Jahrgang. Dezember 1911—Januar 1912, Nr. 2.

Impetigo vegetans, von JUAN DE AZÚA. Es handelte sich um eine gewöhnliche Impetigo des ganzen Körpers, welche im Barte und auf der Kopfhaut ekzematisiert war und bei der sich einzelne Elemente in der Skapulargegend, am Sakrum und den Glutäen zu vegetierenden Formen umwandelten.

Die sogenannte menschliche Botryomykose, von ALVAREZ SAINZ DE AJA. Bei einem 51jährigen Manne fanden sich an der linken Wange zwei Höcker aus fleischigrotem, blutendem Gewebe, die von einer schwarzen Kruste bedeckt waren. Der eine Höcker war erdbeerähnlich und hing mit einem Stiel an der darunterliegenden Haut. Eine submaxillare und eine präaurikulare Drüse war geschwollen und schmerzhaft. Mikroskopisch fand sich ein typisches Granulationsgewebe, dessen Oberfläche von Staphylokokken und Hautbakterien durchsetzt war.

Der Lupus vulgaris in Madrid, von ENRIQUE GARCIA DEL MAZO. Im Hospital San Juan de Dios in Madrid wurden von 1887—1909 67712 Kranke behandelt, darunter waren ungefähr 40000 Hautkranke. Lupus wurde in 457 Fällen diagnostiziert, d. h. in

Digitized by Google

1,14% der Fälle. Die meisten stammten aus den Provinzen mit feuchtem, nebligem Klima (Oviedo, Coruña, Santander, Vizcaya), während die Krankheit in den trockenen, mit abundantem Sonnenlicht gesegneten Provinzen sehr selten ist.

Rezidivierender, durch Sonnenlicht bedingter Ausschlag, von E. Castans. Papulöser Ausschlag im Gesicht und den Vorderarmen, der jedesmal bei Aufenthalt in intensivem Sonnenlicht hervorgerufen wurde.

Heredosyphilis. Multiple Spinae ventosae syphilitischen Ursprungs, von Alvarez Sainz de Aja. Heilung mit subkutanen Salvarsaninjektionen.

Syphilis. Nichtsyphilitische Nierenerkrankung. Behandlung mit Salvarsan, von J. S. Covisa. Ein 44jähriger Mann mit enormen gummösen Pharynxulzerationen leidet zu gleicher Zeit an Nephritis. Eine vorsichtige Salvarsantherapie wurde trotz der Nephritis gut vertragen und brachte die syphilitischen Läsionen zum Schwinden. Später starb der Kranke an seiner Nephritis. Die Sektion ergab „Nephritis parenchymatosa chronica".

Sklerodaktylie der Hände und Füße mit vorhergegangenem Raynaudschem Symptomenkomplex. Wassermann negativ, von Juan de Azúa.

Syphilis hereditaria tarda. Rezidivierende Hautgummen und osteo-periostitische Gummen der linken Tibia, von Alvarez Sainz de Aja.

Pruritus ohne Hautläsionen von gastro-intestinalem und alimentärem Ursprung, von Juan de Azúa. Heilung durch Diät und Abführmittel.

Ein Fall von Endokartitis von wahrscheinlich blennorrhoischem Ursprung, von J. S. Covisa.

Aortitis syphilitica. Arseno-Resistenz, von Miguel F. Criado. Der Verfasser bezeichnet den Fall als arsenfest, da die Aortenläsion durch Salvarsan nicht beeinflußt wurde. Das Mittel wurde übrigens intravenös gut vertragen.

Merkwürdiger Fall von trichophytoider Syphilis, von Alvarez Sainz de Aja. Im Nacken und auf der linken Halsseite eines 18jährigen Patienten fanden sich figurierte Syphilide, welche Trichophytie vortäuschten.

Herxheimersche Reaktion des Rückenmarks bei einem Sekundärsyphilitischen mit Hemiparese, der mit Salvarsan behandelt wurde, von J. de Azúa. Ein 32jähr. Patient bekommt wegen papulösem Syphilid 0,3 Salvarsan im September 1911. Am 22. Dezember stellte sich eine linksseitige Hemiparese und bald darauf ein apoplektischer Insult mit inkompletter linksseitiger Hemiplegie ein. Er erhält 0,1 Kalomel und 0,3 Salvarsan, worauf die paralytischen Symptome zurückgehen. 3 Tage nach der Injektion trat plötzlich Brechen, Kopfschmerzen und Pupillenungleichheit auf, welche mehrere Monate anhielten und erst auf eine weitere Salvarsan- und einige Injektionen grauen Öls zurückgingen.

Ein Fall von Epitheliomatose, der mit Kohlensäureschnee behandelt wurde, von A. Ledo. Der Verfasser erzielte mit der Behandlung einen sehr guten Erfolg.

A. Gunsett-Straßburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. 16, Heft 5.

Nervöse Symptome bei chronischer Urethritis des Weibes, von John Campbell-Belfast. Kasuistik.

Kohlensäureschneebehandlung bei Blutgefäßgeschwülsten der Haut, von David Friedländer-San Franzisko. Empfehlung der Behandlungsmethode.

Syphilis beim Weibe, von Martha J. Smith-Indianapolis. Allgemein Bekanntes.

Digitized by Google

Behandlung der Blasen-Uterus-Scheidenfistel, von CHARLES E. WARD-Cleveland.

Ungewöhnliche Fälle von Syphilis und Hautkrankheiten in der Ohren-Kehlkopfpraxis, von STEPHEN H. LUTZ-Brooklyn. Ein Fall von Syphilis der Tonsille durch Benutzung einer Glasspritze; ein Fall von Impfpocken am Ohrläppchen durch Reibung des geimpften Oberarmes; ein Fall von Ekzem des äußeren Gehörganges, von Erysipel und Epitheliom des Ohres.

Der Einfluß sexueller Untüchtigkeit auf Glück und Betätigung, von ALFRED S. JAEGER-Indianapolis.

Fibroma molluscum gravidarum, von SAMUEL M. BRICKNER-New York. Fall, in welchem die Fibroma mollusca am Halse, an der Brust und in der Gegend unter der Mamma saßen und pigmentiert waren.

2 Fälle von Nierentorsion, von HOWARD LILIENTHAL-New York.

Kongenitale Syphilis, von WARD BRYANT HOAG-New York. Nichts Neues.

Senile Hypertrophie der Prostata, von WALTER GRIES-Cincinnati. Klinische Studie.

Hexamethylentetramin bei Hautkrankheiten, von CORNELIUS R. LOWE-Brooklyn. Empfehlung von Darreichung des Hexamethylentetramin mit Buttermilch bei Rosazea und Acne indurata.

Die Kapillaren, von R. E. McVEG-Topeka. Histologische Studie.

Die Diagnose der Nierenerkrankungen für den Chirurgen, von E. O. SMITH-Cincinnati.

Ein Fall primärer Syphilis des Augenlids, von P. BRIGANTI-New York.

Stenose des Blasenhalses, von JANUS Mc MUNN-London.

Krankheitsgeschichte eines 29jährigen Mannes mit Blasenhalskrämpfen infolge Striktur.

Untersuchungen über Parasiten, von SIMON R. KLEIN-New York. Überblick über die Arbeiten von LEIPER, SAMBON und LOOS.

Funktionelle Zystitis durch Ametropie, von WILLIAM MARTIN RICHARDS-New York. Die lange Jahre bestehenden Blasenbeschwerden eines 42jährigen Mannes hörten sofort auf, als ihm ein richtiges Glas für seine astigmatischen Augen verschrieben wurde.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

c. Pigmentanomalien.

Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von LEONHARD WEBER-New York. (Med. Record, 24. Juni 1911.) Eine Frau, die mit syphilitischer Anamnese und unbestimmten Kopfschmerzen verschiedentlich in spezifischer Behandlung gewesen war, erkrankt ziemlich plötzlich mit großer Schwäche und Magenstörungen, während zu gleicher Zeit eine ausgesprochene Pigmentation sich über Hände, Arme, Gesicht und Nacken ausbreitet, die in den Weichen und im Gesäß fast schwarz ist. Nach vorübergehender Besserung bei innerlicher Adrenalinbehandlung ging die Frau in wenigen Monaten im Koma zugrunde.

W. Lehmann-Stettin.

Addisonsche Krankheit und Nebennierentuberkulose, von B. C. CROWELL-New York. (Philippine Journ., Bd. 6, Nr. 5.) Mitteilung von zwei typischen Fällen mit Nebennierentuberkulose.

Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Zum Zuckerstoffwechsel bei Addisonscher Krankheit, von H. Schirokauer-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Im Gegensatz zu Porges, welcher aus seinen Befunden bei Kranken bzw. Tierversuchen den Schluß zieht, daß die Hypoglykämie ein charakteristisches Symptom der Addisonschen Krankheit sei und daß jede Theorie auch diese Hypoglykämie zu berücksichtigen habe, beobachtete Verfasser einen hier mitgeteilten Fall, bei dem sich der Blutzuckergehalt innerhalb normaler Grenzen bewegte. Bei den Tierversuchen von Porges zieht Verfasser insbesondere agonale Verhältnisse als zu Fehlresultaten führend in Betracht. Er hält es für verfrüht, aus den bisher vorliegenden Untersuchungen über den Blutzuckergehalt bei Morbus Addisonii weittragende Schlüsse zu ziehen. Arthur Schucht-Danzig.

Ein mit Tuberkulin behandelter Fall von Addisonscher Krankheit, von J. M. H. Munro-Bristol. (Brit. med. Journ., 23. März 1912.) Eine 34jährige unverheiratete Dame wurde im April 1907 mit recht ausgesprochenen Symptomen vom Verfasser in Behandlung genommen. Die Diagnose erscheint nach den mitgeteilten Einzelheiten kaum anfechtbar und wurde auch von anderer autoritativer Seite bestätigt. Unter sorgfältigster Kontrolle wurden sehr kleine Dosen von Tuberkulin verabreicht und im April 1909 konnte die mit Unterbrechungen bis dahin fortgesetzte Behandlung als erfolgreich bezeichnet werden. Während des folgenden Jahres wurden nur kleine Serien von je 6, 12 und 4 Injektionen gegeben und im März 1912 waren alle Krankheitserscheinungen bis auf eine leichte Pigmentierung vergangen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Addisonschen Krankheit mit Tuberkulin, von T. M. Kendall-London. (Brit. med. Journ., 13. März 1912.) Zu dem Artikel von Munro (Brit. med. Journ., 23. April) bemerkt K., daß er bei einem analogen Versuch den Eindruck gewonnen habe, daß das Verfahren erfolgreich gewesen wäre, wenn man frühzeitiger damit begonnen hätte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Bronzefärbung der Haut, verbunden mit Diabetes (Hämochromatosis), von George Blumen-New Haven. (New York med. Journ., 4. Nov. 1911.) Blumen bringt eine ausführliche Beschreibung nebst autoptischem Befund über einen derartigen von ihm beobachteten Fall und eine bezügliche Literaturzusammenstellung. Es handelte sich um einen 67jährigen Mann, bei welchem der Beginn des Leidens (Diabetes) etwa sechs Monate zurückdatiert und in allgemeiner Schwäche, Appetitlosigkeit, die später mit Heißhunger abwechselte, Körpergewichtsabnahme und Polyurie bestand. Die Haut von Händen, Vorderarmen und Beinen zeigte eine gleichförmige, eher dunkle graubraune Pigmentierung; Leber und Milz bedeutend vergrößert. Tod trat an allgemeiner Erschöpfung ein. In Übereinstimmung mit der Mehrzahl (23 von 30) der beschriebenen Fälle war auch hier der Verlauf des Diabetes, der mit Hämochromatosis und Zirrhose der inneren Organe verbunden ist, ein ganz akuter, indem die Lebensdauer vom Beginn der Erscheinungen an weniger als ein Jahr betrug. Was die Ätiologie der Affektion betrifft, so steht vor allem fest, daß sie fast ausschließlich männliche Individuen betrifft. Alkohol scheint in vielen, wenn auch nicht allen Fällen eine bedeutende Rolle zu spielen. Das Bild, welches die groben und histologischen Veränderungen bieten, ist ein ganz charakteristisches: Pigmentierung, mit oder ohne Zirrhosis der verschiedenen inneren Organe verbunden, in ausgesprochenen Fällen ist die Farbe derselben rotbraun oder ockerbraun. Die Pigmentierung betrifft hauptsächlich die Bauchorgane, speziell Leber, Pankreas und Lymphknoten; Milz, Nieren und Nebennieren sind relativ frei von Pigment. Die Brustorgane können pigmentiert sein und zwar besonders ausgeprägt Schild- und Speicheldrüsen. Bezüglich der Pathogenese des ganzen Leidens sind verschiedene Theorien aufgestellt worden, Verfasser neigt am ehesten der Ansicht zu, daß Zirrhosis

Digitized by Google

und Pigmentbildung die gleiche Grundlage haben und vielleicht die Hämochromatosis primär durch irgend eine Toxinbildung und sekundär die Veränderungen in den inneren Organen entstehen. Wenn es auch einige Affektionen geben kann, die Ähnlichkeit mit Bronzediabetes haben, wie Addisonsche Krankheit, Pigmentierung nach Arsenik- und Arg.-Einverleibung, so kommt die beschriebene Trias von Symptomen doch nur bei Bronzediabetes vor. Stern-München.

Bronzediabetes. Bericht über einen Fall unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie des Pankreas bei Diabetes, von N. B. Potter und L. S. Milne-New York. (Amer. Journ. med. scien., Jan. 1912.) Der 55jährige Patient gab an, seit zwei Jahren an Glykosurie zu leiden und, daß darauf hindeutende Symptome zuerst vor ca. sechs Jahren aufgetreten seien. Er bot das typische Bild des Diabète bronzé dar. Nach weiteren zwei Jahren mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung starb er ziemlich plötzlich im Koma. Die genau durchgeführte Autopsie ergab eine hochgradige fibröse Entartung des Pankreas. Hypertrophie und bindegewebige Wucherungen an der Leber und andere bemerkenswerte pathologische Veränderungen. Die Haut zeigte in den tieferen Schichten eine erhebliche Ablagerung von körnigem gelbem Pigment, das großenteils die Reaktion von Hämosiderin ergab. Das eigentliche Derma war etwas atrophisch, das Stratum corneum aber sehr verdickt. Im subkutanen Zellgewebe war von entzündlichen Prozessen nichts zu bemerken. Dem anatomischen Befund beim Pankreas ist eingehende Beachtung gewidmet; die Verhältnisse sind durch schöne Abbildungen illustriert. Verfasser schließen, daß die Leberzirrhose den primären Vorgang bildet, während die Beteiligung des Pankreas als sekundär oder komplizierend anzusehen sei. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Hämolyse und Pigmentzirrhose bei einem Diabetischen, von J. Chalier und L. Nové-Josserand-Lyon. (Presse méd., 1912, Nr. 14.) Ein Diabetiker wurde nach Einhalten einer antidiabetischen Kur dauernd zuckerfrei. Es stellte sich dann aber eine Leberzirrhose mit starkem Aszites ein. Zugleich färbte sich die Haut an den Augen und Wangen diffus dunkelbraun, ähnlich der Mulattenfarbe. Diese Färbung dehnte sich allmählich auf den Hals, die Dorsalseite der Hände und Vorderarme und die Achselhöhle aus. Die Genitalien wiesen eine beinahe schwarze Farbe auf. Bei der Autopsie zeigte es sich, daß dieses Pigment ebenfalls in allen Organen, aber hauptsächlich in der Leber und der Milz abgelagert war. Diese übermäßige Pigmentablagerung kommt wahrscheinlich durch eine vermehrte Hämolyse in der Milz zustande. In der Tat konnte auch bei diesem Kranken eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Erythrozyten nachgewiesen werden. Schon bei einer Kochsalzlösung von 0,58% begann die Hämolyse und bei 0,32% war sie vollständig. In diesem Falle ist also der Zusammhang zwischen Pigmentablage und Hämolyse offenkundig. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von blauem Mongolenfleck bei einem Kinde, von Saenz-Santa Maria und Marrón. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 15.) Bei einem Kinde mit Phimose und Hydrozele bestand von Geburt an ein unregelmäßiger, rechts von der Unterglutäalfalte gelegener, blauer Fleck von 5 cm Durchmesser. Derselbe überragte das Niveau der Haut nicht. Die Eltern des Kindes standen in keiner Beziehung zur asiatischen Rasse. Gunsett-Straßburg.

Histologische Untersuchung eines Mongolenfleckes. (Bull. med., 1912, S. 63.) In der Kutis finden sich spindelige, mit Pigment gefüllte Zellen angehäuft. Richard Frühwald-Leipzig.

Acanthosis nigricans. Heilung durch Salvarsan, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 13.) Ein Kranker mit einem phagedänischen Schanker wurde nach

Digitized by Google

dessen Heilung von langdauerndem Fieber mit großen Schwankungen ergriffen. Gleichzeitig entwickelten sich in Achseln, Leisten usw. die Erscheinungen der Acanthosis nigricans. Er erhielt nun in drei Dosen 0,8 Salvarsan. Das Fieber verschwand, der Allgemeinzustand hob sich und die Hauterscheinungen gingen völlig zurück.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der konjunktivalen Melanose, von P. J. J. Capdeville. (Thèse de Bordeaux, 1911.) Fritz Loeb-München.

Das Jellinekksche Zeichen bei Morbus Basedowii, von Alfred Puifferrat. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 269.) Pigmentationen der Augenlider bei der Basedowschen Krankheit bilden das sog. Jellinekksche Zeichen. Wie die Untersuchungen des Verfassers über die vorliegende Literatur ergeben haben, findet sich dieses Symptom in 16% der Basedow-Fälle. Verfasser selbst ist in der Lage, 13 Fälle ausführlich mitzuteilen. Das Symptom zeigt sich in manchen Fällen schon gleich mit dem Beginn der Grundkrankheit und hält oft während ihrer ganzen Dauer an. In späteren Stadien des Leidens kann es zu- oder abnehmen. Es ist sehr auffallend, daß die meisten einschlägigen Beobachtungen beim männlichen Geschlecht gemacht wurden. Die Erscheinung ist wahrscheinlich in pathogenetischer Beziehung auf den Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und dem Nebennieren-Sympathikus-System zurückzuführen.

Fritz Loeb-München.

Pigmentbildung bei Leukoderma als Folge von Sonnenlichtwirkung, von K. H. Jones. (Brit. med. Journ., 23. Dez. 1911.) Bei einem 18jährigen neueingetretenen Matrosen der Marine konstatierte Verfasser bald nach dessen Eintritt eine reichliche Entwicklung von leukodermatischen Flecken am Hals und am Rumpfe. Die Affektion hatte nach Angabe des Pat., solange er sich erinnern konnte, bestanden, und Syphilis konnte mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Etwa vier Monate später fand Verfasser, daß die der Sonne exponierten Teile nunmehr überall eine teils beginnende, teils sehr deutlich ausgesprochene Pigmentierung der Läsionen aufwiesen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Melanoblastom, von C. Kreibich-Prag. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 34.) Verfasser untersuchte Gefrierschnitte von drei melanotischen Geschwülsten auf Grund des von ihm gelieferten Nachweises einer lipoiden Komponente bei der Bildung des melanotischen Hautpigments, des Verbleibens der Melanoblasten auf ihrer lipoiden Stufe im Nävus und der Rückkehr zu derselben bei gesteigerter Funktion. Er konnte zeigen, daß die als Melanosarkome, Melanome, Chromatophorome bezeichneten melanotischen Geschwülste beim Menschen nicht von den mesodermalen Chromatophoren, sondern von den epithelialen Melanoblasten ausgehen. Indem er mit Melanoblast nur die epitheliale Pigmentzelle bezeichnet, nennt er die Tumoren Melanoblastome. Bei Beginn der Geschwulstbildung nehmen die Melanoblasten die lipoide Form an, unterliegen dann nach Form und Funktion einer Anaplasie, indem sie entweder Spindelform annehmen unter Beibehaltung ihrer Lipoidfunktion oder mehr epithelialen Charakter zeigen unter Zurücktreten derselben.

Der Geschwulsttypus bei Vorherrschen der spindeligen Form der Melanoblasten ist der der melanotischen Spindelzellsarkome, bei der epithelialen Form der des Carcinoma solidum alveolare. Arthur Schucht-Danzig.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über ein Band von ektasierten Hautvenen, welches an der Vorder- und Seitenfläche des Thorax lokalisiert ist. (Semaine méd., 1911, Nr. 40.) Valedinsky-

Digitized by Google

Tomsk sah bei vielen Patienten (besonders Alkoholikern und Neurasthenikern) eine Hautvenenzeichnung am Thorax, welche nur selten einer darunterliegenden Erkrankung des Respirationsorgans entsprach, aber ausschließlich bei Männern beobachtet wurde. Valdinsky glaubt als Ursache davon die abdominale Atmung des Mannes verantwortlich machen zu dürfen bei einem durch Alkohol oder Neurasthenie zur Dilatation prädisponiertem Hautvenensystem. Gunsett-Straßburg.

Über die Varizen der unteren Extremitäten, von Arthur Zancani-Modena. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 96, H. 1.) In der Wandung von Varizen der unteren Extremitäten herrschen die regressiven Veränderungen der funktionierenden Elemente vor. Im Tierexperiment verursacht die Vereinigung der Arteria femoralis mit der gleichnamigen Vene, obschon sie eine Druckzunahme auf die Gefäßwand hervorbringt, keine regressiven Veränderungen der Grundelemente, sondern im Gegenteil eine Vermehrung derselben infolge der vermehrten Funktion, welche durch die guten Nahrungsbedingungen begünstigt wird. Die einzige in den Varizen beobachtete Veränderung progressiven Charakters, in der bindegewebigen Zunahme bestehend, kann als Resultat eines Ausbesserungsprozesses angesehen werden, dem sich — nach den heutigen Anschauungen — die sklerosierende Wirkung chemischer im Blute kreisender Stoffe hinzufügen dürfte. Dasselbe Agens, welches die Gefäßwandveränderung hervorbringt, kann auch eine Ursache zur Bildung der Klappeninsuffizienz sein. Der Druck bei Varizen einer bestimmten Stelle der unteren Extremität muß sehr wahrscheinlich der gleiche sein, sowohl wenn die Saphena suffizient, als wenn sie insuffizient ist. Daher müssen zur Behandlung der Varizen solche operative Methoden die rationellsten sein, welche den doppelten Zweck haben, einerseits die Blutsäule, welche vom rechten Herzen bis zum Sitz der Varizen zieht, mittels Unterbindung der Saphena interna an ihrer Mündung, und andererseits die Verbindung zwischen dem oberflächlichen und dem tiefen venösen System der unteren Extremitäten durch Unterbindung der Venae communicantes zu unterbrechen. Schourp-Danzig.

Über die Resultate der totalen Saphenektomie bei der Behandlung oberflächlicher Varizen der unteren Extremitäten und über ihre Komplikationen, von J. Magnien. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Die Robinsonsche Radikaloperation der Varizen, von Gaston Mouflet. (Inaug.-Dissert., Paris, 1910, Nr. 18.) Die im Titel genannte Methode besteht in einer Durchtrennung zwischen 2 Ligaturen der zuführenden Venen am Bogen der Saphena interna. Ein wesentlicher Vorteil dieses einfachen und gefahrlosen Verfahrens besteht in der Möglichkeit der Vornahme der Operation in lokaler Anästhesie. Das Verfahren ist aber nur mit Aussicht auf Erfolg bei den idiopathischen Varizen anwendbar und nicht bei Schwangerschaftsvarizen, Varizen bei Tumoren, bei Phlebitis usw. Die unmittelbaren Resultate sind gute, über Dauererfolge läßt sich zwar ebenfalls Gutes sagen, sie sind aber zu einem abschließenden Urteil noch nicht zahlreich genug beobachtet. Vorzüge des Verfahrens sind: einfache Technik, Lokalanästhesie und die Möglichkeit, im Falle eines Rezidives eine der sonst üblichen Behandlungsmethoden in Anwendung zu bringen. Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der chirurgischen Behandlung der varikösen Phlebitiden des Beines, von M. M. E. M. Butel. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 403.) Verfasser stellt auf Grund seiner Untersuchungen den Satz auf, daß heutzutage allein die chirurgische Behandlung imstande ist, die Chancen einer Embolie und Septikopyämie herabzusetzen, die Behandlungsdauer abzukürzen und das betroffene Glied wieder gebrauchfähig zu machen. Die einfache Unterbindung vermag nicht die Behandlungs-

Digitized by Google

dauer wesentlich akzukürzen. Man muß seine Zuflucht zur Phlebektomie nehmen. Wenn diese alsbald nach der Feststellung der Diagnose in die Wege geleitet wird, ist sie allein imstande, ohne unmittelbare oder Spätfolgen dem Kranken am besten zu dienen. In einer zweiten Sitzung kann man dann ev. die aseptische Saphenektomie vornehmen. Die alsbaldigen wie auch die weiteren Resultate sprechen zugunsten dieser Behandlungsmethode, während bei konservativer Behandlung eine definitive Obliteration resultiert, welche als ein Infektionsherd jederzeit zu unerwünschten Komplikationen Veranlassung werden kann. Fritz Loeb-München.

Die sapheno-femorale Anastomose, eine Überpflanzung der Vena saphena in die Vena femoralis mittels Gefäßnaht als operative Behandlungsmethode bei Varizen, von Erich Hesse und Wilhelm Schaack-St. Petersburg. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 95, H. 2.) Die Methode ist indiziert bei kräftigen, sonst gesunden Leuten bei valvulärer Insuffizienz der Saphena, wenn die Varizen im Bereich der Saphena magna liegen und ihr Stamm durchgängig ist. Kontraindiziert ist die Methode bei kranken und schwachen Leuten, wenn die Varizen nicht auf der Basis valvulärer Insuffizienz entstanden sind; bei Entzündungen und Undurchgängigkeit des Saphenenstammes oder der Femoralvene; wenn die Varizen nicht im Bereiche der Saphena magna liegen; wenn eine Infektion der Lymphbahnen des Oberschenkels vorausgesetzt werden kann, z. B. nach Erysipel, bei schmutzigen, entzündeten Ulzera usw.; bei zu starken sklerotischen Veränderungen der Wandungen der Saphena und Femoralis; bei zu geringem Kaliber der Saphena und Femoralis. Schourp-Danzig.

Zur Behandlung des varikösen Symptomenkomplexes mit dem Spiralschnitt nach Rindfleisch-Friedel, von Victor Pollak-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 26.) Die exakte Hautnaht nach dem Spiralschnitt und exaktester Unterbindung der Venen liefert schöne kosmetische Resultate. Es empfiehlt sich, die Spiraltouren sehr eng nebeneinander zu ziehen, und vor allem die unterste Tour über den Fußrücken nicht zu unterlassen. Die ursprüngliche Rindfleischsche Methode soll für die schwersten Fälle, nämlich für jene, welche durch hartnäckige Ekzeme, Ulzera und Elefantiasis kompliziert sind, reserviert bleiben. Schourp-Danzig.

Über eine mechanische Behandlung der Varizen des Unterschenkels, von Wolfram. (Allg. med. Centralztg., 1911, Nr. 42.) W. läßt bei Varizen und Unterschenkelgeschwüren ein Bruchband tragen, das mit seiner Pelotte die Arteria femoralis permanent komprimiert. Die Geschwüre heilen rasch, die Phlebektasien nehmen ab, die Schmerzen hören auf. Üble Nebenerscheinungen wurden nicht gesehen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der totalen Resektion der varikösen Saphenen, von E. Hamon. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 88.) Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Varizen und des Ulcus cruris, von Albert. (Med. Blätter, 1911, Nr. 22.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.
Richard Frühwald-Leipzig.

Operation, Behandlung der Varizen, Elefantiasis und Ulcus cruris, von Friedel. (Dtsch. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, H. 1.) In solchen Fällen von Varizen, in denen die Unterbindung der Saphena im Stiche läßt und die Exstirpation aller Varizen nicht mehr möglich ist, hat Verfasser ein neues Verfahren ausprobiert, um das Venenlumen an möglichst zahlreichen Stellen zu unterbrechen. Er umschneidet den Unterschenkel durch einen Spiralschnitt, und zwar legt er in schweren Fällen 6 bis 7 Touren übereinander an. Die Venen werden tunlichst unterbunden, der Schnitt muß bis auf die Faszie geführt werden und weit klaffen. Die Heilung soll per secundam

Digitized by Google

erfolgen, alle Granulationen müssen weggebeizt werden, um eine feste, tief einschneidende lineäre Narbe zu erzielen. Die vorhandenen Ulzera müssen zwischen je zwei Touren liegen und werden durch senkrechte seitliche Schnitte eingegrenzt, um so jede Blutzufuhr abzuschneiden. F. Hahn-Bremen.

Entstehung des Ulcus cruris varicosum in Abhängigkeit von Stauung im Gebiete der Vena femoralis, von Julius Heinrichs. (Inaug.-Dissert., Berlin, 1911.) Zum kurzen Referat nicht geeignete Arbeit, in der die Stauungsmöglichkeiten im Femoralisgebiet und ihr Zusammenhang mit dem varikösen Beingeschwür eingehende Erörterung finden. Fritz Loeb-München.

Die ambulante Behandlung des Ulcus cruris, von A. Roth-Budapest. (Bör-es Bujakötan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujság, 1911, Nr. 4.) Nach dem Muster der in Berlin und Wien errichteten Ordinationsanstalten, in denen die Patienten mit fixem Kompressionsverbande versehen werden, richtete die Budapester Bezirks-Krankenversicherungskasse ein ähnliches Ambulatorium ein. Verfasser brachte von den Kompressionsverbänden den Unnaschen Zinkgelatinverband zur Anwendung, überdies verwendete er in den letzten Wochen Kollaminverbände. Bei Anwendung dieses Verbandes übt man einen ständigen Druck auf den Unterschenkel und durch die gesteigerte Verdunstung auch auf die Entzündungsveränderungen einen wohltätigen Einfluß aus, und so vermindern sich die subjektiven Unannehmlichkeiten: als Brennen, Jucken usw. Ein großer Teil der Patienten vertrug die Verbände sehr gut. Verfasser wechselte durchschnittlich jede 14 Tage die Verbände; er hatte aber auch viele Fälle, in denen er infolge der Klage der Kranken gezwungen war, den Verband schon nach 5—6 Tagen zu entfernen, aber oft war keine örtliche Veränderung zu finden; der Kranke schien sich an den Verband nicht gewöhnen zu können. Dagegen hatte Verfasser Fälle, in denen der Kranke den Verband auch 6 Wochen ohne Klagen trug und seine Arbeit verrichtete. Kollaminverbände sind nicht teuerer als Zinkgelatin, aber der Patient kann sie länger als eine Woche nicht tragen, während er einen Zinkgelatinverband auch 2 Wochen trägt und so hat bei Kollaminverbänden die Krankenkasse zweimal soviel Ausgaben, als bei Zinkgelatinverbänden. Bei solchen Verbänden wird eine große Menge Verbandzeug erspart, was die Behandlung billiger gestaltet. Als festen Verband brachte Schiller sehr oft den Bürgerschen Pflasterverband zur Anwendung. Der Fußschenkel des Kranken wird unmittelbar unter dem Knie einigemal mit Kaliko umwickelt und darüber werden Klebpflasterstreifen spindelmäßig geklebt. Verfasser änderte dieses Verfahren dahin ab, daß er mit einer Leukoplastrolle den Druck bewerkstelligt, nachdem er in entsprechender Fußhaltung aus den erweiterten Venen das Blut hinausgedrängt hat. Er wechselte diesen Verband wöchentlich. Die Kranken vertragen solche Verbände sehr gut. Bei dem in Begleitung von Varizen oft auftretenden Pruritus, Erythema, Dermatitis, Ekzem leisten die Kühlsalben, -pasten, Linimente sehr gute Dienste. Verfasser benutzte zumeist die Lassarsche Zinkpaste, bei Venenentzündung wurde 5—10%iges Tumenol dazu gegeben. Wenn Bindegewebevermehrung und Hyperkeratose vorhanden war, wurde 5—10%iges Salizylseifenpflaster oder Ungt. diachylon Hebra mit gutem Erfolge angewendet. Gut sind auch die Teerpräparate mit Druckverbänden kombiniert. Im Falle von Ulcus cruris wird die Wunde mit Hydrogenium peroxydatum gehörig gereinigt. Bei Verbandwechsel wird an der entsprechenden Stelle der Wunde in den Verband ein Fenster geschnitten und das Ulkus lege artis behandelt. Die Druckverbände müssen aber gemieden werden, wenn stärkere Entzündungen vorhanden sind: phlegmonöse Dermatitis, Phlebitis und Periphlebitis. In solchen Fällen tun verschiedene Antiphlogistika, Soulard-Burow, Kamillentee-Kompressen gut. Zu letzteren wird 5—10%iges Resorzin gemischt. Die Verbände werden in Form von Dunstverbänden angewendet.

Digitized by Google

Bei stark sezernierenden oder stinkenden Ulzera sind Kaliumpermanganat-Fußbäder empfehlenswert. Bei kleineren Ulzera kann Syptum bituminatum angewendet werden. Bei granulierenden Wunden steht an erster Stelle Mikulizssche Salbe; daneben sind Kalomel, Salizylpräparate, Ichthyol und seine Derivate gut. Bei Ulzera luetischen Ursprungs kam bei antiluetischer Behandlung 10%ige Kalomelsalbe zur Anwendung. Quecksilbersalben waren — abgesehen von ihrer spezifischen Wirkung — bei einzelnen inveterierten Ulzera von vortrefflichem Erfolge. Im Laufe eines halben Jahres wurden 379 Patienten behandelt; in 14,2% spielt Lues in der Ätiologie des Ulcus cruris eine Rolle, die meisten Erkrankungen kamen im Alter von 40—50 Jahren vor. Von den Kranken waren 203 arbeitsfähig. Auf je einen fallen durchschnittlich 16,43 Erkrankungstage. Mit der erwähnten Behandlungsmethode wurde erreicht, daß Hunderte von Arbeitern, die infolge ihres Berufes diesem Leiden so sehr ausgesetzt sind und monatelang erwerbsunfähig zu sein pflegen, rascher ihrem Berufe zurückgegeben werden.

Porosz-Budapest.

Schmutzige Geschwüre, von Eric Carl Beck-New York. (Med. Record, 30. Dezember 1911.) Verfasser empfiehlt, alte variköse Geschwüre, bei denen schmutzige Beläge und eine gewisse Nekrose oder Gangrän der oberflächlichen Schichten die Bildung reiner Granulationen verhindert, einer gründlichen Reinigung in der Weise zu unterwerfen, daß er das Geschwür mit Seife und Wasser „abbürstet". In tiefer Narkose werden alle Auflagerungen und Krusten von dem Geschwür entfernt und mit einer sorgfältig sterilisierten gewöhnlichen steifen Bürste, wie sie zur Händereinigung benützt zu werden pflegt, und mit grüner Seife die Geschwüre abgerieben und abgebürstet. Erkranktes schwammiges Gewebe wird in Form schwarzer oder grauer Massen entfernt bis der Geschwürsgrund vollkommen sauber und glatt ist und die Geschwürsränder wie ausgestanzt erscheinen. Dann wird das ganze Geschwür und seine Umgebung mit Jodtinktur gepinselt und mit feuchten warmen Kompressen bedeckt. Binnen kürzester Frist bilden sich gesunde Granulationen und das Geschwür heilt mit einer glatten weißen Narbe.

W. Lehmann-Stettin.

Über die chirurgische Behandlung hartnäckiger varikröser Geschwüre der unteren Extremitäten, von Joseph Albert (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 384.) Verfasser bespricht die anatomischen Verhältnisse der Venen an den unteren Extremitäten, erörtert die pathogenetischen Verhältnisse der varikösen Beingeschwüre, gibt einen Überblick über die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden und deren Resultate, endlich eine Definition der hartnäckigen Variken der unteren Extremitäten und beschreibt ein neues chirurgisches Verfahren sehr eingreifender Art, das in einem Falle erfolgreich zur Anwendung kam.

Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung der Ulcera varicosa, von E. H. Pool-New York. (Med. Record, 30. Juli 1910.) Verfasser hat gute Erfolge damit gehabt, daß er vor Anlegung eines jeden Verbandes den Patienten mit Elevation der Beine 15 Minuten lang so gelagert hat, daß er, auf dem Rücken liegend, die Beine fast im rechten Winkel an eine Wand stützte. Im Anfang wurde vor Anlegung des Verbandes eine Massage der Schenkel vorgenommen.

W. Lehmann-Stettin.

Über die elastische Kompression nach Bruandet in der ambulanten Behandlung varikröser Geschwüre, von André Fresnel. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 147.) Die im Titel genannte Behandlungsmethode hat sich als sehr nützlich erwiesen.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Beingeschwüre mit Heftpflasterstreifen, von Armstead Gills-Richmond. (New York med. Journ., 2. Dezember 1911.) G. geht von der Ansicht aus, daß das Ulcus varicosum ein durch mechanische Ursachen bedingter Zustand

Digitized by Google

und dementsprechend auch zu behandeln sei. Die Obliteration der Geschwürsfläche gelang ihm mit entsprechend angelegten Heftpflasterstreifen und Rückenlage (Ruhe) in 7 Fällen, die bereits 3—7 Jahre lang zurückdatierten und mit Salben, Pudern, Ätz-, tonischen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden waren. Zur Anregung der Granulationen werden zuerst 3 mal 5—6% ige Höllensteinlösungen aufgelegt, dann das Geschwür mit steriler Gaze bedeckt und darüber bis zu beiden Seiten der gesunden Haut lange Heftpflasterstreifen gelegt. Durch diesen „pressenden" Vorgang beobachtet man erhöhte Absonderung aus der Geschwürsfläche mehrere Tage hindurch. Hochlagerung des Beines wird den Heilungsprozeß beschleunigen. Die ersten Tage ist etwas Schmerz vorhanden, der (Heftpflaster-)Verband etwa jeden zweiten Tag zu wechseln. Von den 7 Fällen G.s beanspruchte einer als kürzeste Dauer zur Heilung 3 und der längste 7 Wochen; in keinem seiner Fälle, wovon der älteste nun 7 Jahre zurückdatiert, trat ein Rückfall ein. Bedingung ist aber, daß noch jahrelang (bei Tage) elastische Binden getragen werden. Stern-München.

Proktitis als Ursache der Hämorrhoiden, von M. L. Boodkin-New York. (Med. Record, 28. Juni 1910.) Auf Grund eines zufälligen Befundes hat sich Verfasser veranlaßt gesehen, jeden Fall von Hämorrhoiden auf entzündliche Katarrhe des Darmes zu untersuchen und hat zu seiner Überraschung gefunden, daß ein solcher in jedem Fall vorliegt und daß in vielen Fällen die Beseitigung dieses akuten Katarrhes genügt, um die Hämorrhoiden zu verkleinern oder vollständig zum Verschwinden zu bringen. Da die Magen- und Darmstörungen als primäre Ursache anzusehen sind, beginnt Verfasser die Behandlung stets mit Darmantiseptizis, verbietet Alkohol, Kaffee, Tabak und Tee und jede Überernährung, besonders Kohlenhydrate; dazu kommen tägliche Darmspülungen von mindestens 15 Minuten Dauer mit warmen Wasser von 43,3% C.
W. Lehmann-Stettin.

Die multiple Pseudofibromatose im Zustandbild der Akrodermatitis atrophicans, von G. Nobl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Verfasser berichtet über einige einschlägige Fälle. Bei einer 50jährigen Frau fanden sich symmetrisch an Ellenbogen und Knieen angeordnete Knoten neben dem fortgeschrittenen, atrophisierenden Entzündungszustand der Hautdecke. In dem 2. Falle, ebenfalls bei einer Frau, waren die multiplen Knotenbildungen auf die oberen Extremitäten beschränkt. Bei einer 3. Frau waren die Knoten etwa linsengroß, derb fibrös und in Gruppen angeordnet, ebenfalls an Knien und Ellenbogen. Kettenförmig aneinandergereihte lentikuläre Fibromknoten fanden sich bei einem 38jährigen Beamten und ähnliche Veränderungen, die wie die idiopathische Hautatrophie auf die eine Seite beschränkt waren, bei einem 38jährigen Reisenden.

Die räumliche Verbindung der nebeneinander liegenden Gewebsveränderungen läßt mit einiger Wahrscheinlichkeit das perivaskuläre Infiltrat der tieferen Hautschichten als den Ausgangspunkt der fibrösen Hyperplasie ansprechen. W. Lehmann-Stettin.

Sidorenkos experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysin auf narbiges Gewebe, von Felix Mendel-Essen-Ruhr. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 113, Heft 3—4.) M. sieht die experimentellen Untersuchungen Sidorenkos als verfehlt an, da S. die Schnitte nicht frisch untersucht, sondern erst in Formalin härtete. Damit ist jede Möglichkeit genommen, die durch das Fibrolysin geschaffene Quellung und Auflockerung des Narbengewebes festzustellen.

Die Wirksamkeit des Fibrolysin bei Erkrankungen, welche niemals eine spontane Heilung erwarten lassen, wie Dupuytrensche Kontrakturen, Narbenkeloid, Myositis ossificans, geben Mendel den besten Beweis für die spezifische Wirkung auf Narbengewebe. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Die dorso-lumbalen Hautstriae bei Tuberkulosen, von Ch. Sabourin-Durtol. (Journ. des pratic. 1912, Nr. 10.) Die hier beschriebenen Striae unterscheiden sich in keiner Weise von den Striae gravidarum, es sei denn durch ihren Sitz in der Regio dorso-lumbalis an der Horizontalen, welche beide Cristae ossis ilei verbindet; von hier aus strahlen sie nach oben bis zum 6. Dorsalwirbel uüd nach unten bis zum Saeraldreieck aus. Sie sind gewöhnlich 12—15 cm lang und $^1/_2$ cm breit. Sie sind anfangs rosig oder bläulich gefärbt und werden später grau. Ihr Verlauf ist immer ein paralleler, perpendikulärer oder axialer, d. h. der Spinalachse paralleler. Oft bleiben sie unilateral, gehen aber häufig auch auf die andere Seite über. Bis jetzt konnten dieselben nur bei jungen Leuten männlichen Geschlechts beobachtet werden. A. Gunsett-Straßburg.

Über Schwangerschaftsstreifen und ihre Verhütung, von W. Barfurth-Rostock. (Centralbl. f. Gynäkol., 1911, Nr. 51.) Verfasser glaubt die Bildung von Schwangerschaftsstreifen durch Massage verhüten zu können. Je früher die Behandlung einsetzt, um so leichter ist ein günstiges Resultat zu erzielen. Bei schon vorhandenen Streifen, d. h. beginnender Elastizitätsinsuffienz bedarf es größter Sorgsamkeit, um weitere Streifen vorzubeugen. Ein schädigender Einfluß auf die Gravidität wurde nicht beobachtet. Die Prädilektionsstellen der Striae wurden mit Strichmassage behandelt, jedoch so, daß auf die zwischen Daumen und die übrigen Finger eingeklemmte Hautfalte zugleich ein leichter Druck ausgeübt wurde. Die Haut des Abdomen wurde radiär und zirkulär vom Nabel massiert, in ähnlicher Weise die Brust; Oberschenkel und Hüften in verschiedenen Richtungen. Vor der Massage wurde die Haut eingeölt, das Öl nachher durch Waschung beseitigt. Chrzelitzer-Posen.

Über Schwangerschaftsstreifen, von C. H. Stratz-Haag. (Centralbl. f. Gynäkol., 1912, Nr. 14.) Stratz gibt an, daß sowohl auf Java die Eingeborenen durch eine geeignete Massage die Striae gravidarum vermeiden und empfiehlt dieses Verfahren, von dem er ebenso wie Barfurth (Centralbl. f. Gynäkol., 1911, Nr. 51) gute Erfolge gesehen hat. A. Gunsett-Straßburg.

Thrombo-Angiitis obliterans; eine klinische und pathologische Untersuchung, von T. H. Coffen und C. G. Heyd-New York. (Amer. Journ. med. scien., März 1912.) Verfasser berichten über ihre Beobachtungen bei einem 49jährigen Manne, bei dem in der namentlich von Buerger demonstrierten Weise sich im Anschluß an ischämische Erscheinungen am Fuße eine ausgedehnte Gangrän ausbildete. Es wurde schließlich die Amputation des Unterschenkels notwendig; an dem amputierten Teile fand sich in großer Ausdehnung ein Verschluß weiter Arteriengebiete durch Zellwucherung an der Intima und Thrombenbildung. Eine voll befriedigende Erklärung der Ursache dieser Abnormität bei diesem wie bei den von anderen Untersuchern publizierten Fällen betrachten Verfasser als eine noch zu lösende Aufgabe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän der 4 Extremitäten bei einem 6jährigen Kinde, von Hendrix. Policlinique, 1912, Nr. 2.) Mitteilung einer typischen Krankengeschichte ohne Besonderheiten. A. Gunsett-Straßburg.

Über die verschiedenen Behandlungsarten der Extremitätengangrän mit besonderer Berücksichtigung der Heißluftbehandlung, von M. F. R. Mougneau. (Inaug.-Dissert., Bordeaux, 1911, Nr. 101.) Verfasser erörtert die einzelnen, sehr zahlreichen therapeutischen Versuche bei der Raynaudschen Extremitätengangrän und berichtet auch über die Versuche mit physikalischen Heilmethoden, u. a. die Heißluftbehandlung. Auch diesem Leiden gegenüber bewahrheitet sich der alte Satz: je mehr Heilmethoden einer Krankheit gegenüber vorgeschlagen sind, um so mehr kommt zum Ausdruck, daß sie alle nicht viel taugen. Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Über die Behandlung der Gangrän mittels heißer Luft, von PAUL SIGWALT. (Inaug.-Dissert., Paris, 1910, Nr. 45.) An der Hand von 27 z. T. sehr ausführlich geschilderten Fällen wird der vorzügliche Heileffekt der heißen Luft bei Gangrän demonstriert. Fritz Loeb-München.

Tödlich endende vasomotorische Gangrän, wahrscheinlich infolge von RAYNAUDscher Krankheit, von ROBERT N. WILSON-Philadelphia. (New York med. Journ.. 7. Okt. 1911.) Bei dem 53jährigen Patienten, der im Zustande des Kollapses ins Spital gebracht wurde und nur Zyanose der Nase aufwies, entwickelten sich sehr rasch — innerhalb 4—7 Tagen — aus einzelnen petechialen Flecken an Ober- und Unterextremitäten ausgedehnte gangränöse Herde, so daß schließlich beide Füße, die rechte Hand und die Nase von tiefgehender Gangrän durchsetzt waren, welche auch den Tod herbeiführte. Bei der Autopsie fehlten alle Erscheinungen von peripherer Thromboangitis oder Embolie, die mit Wahrscheinlichkeit sowohl infolge der im Herz gefundenen Thromben wie der Lungen- und Nieren-Infarkte angenommen werden konnten. Die Ätiologie des Leidens, das jedenfalls Jahre zurückreichte, wegen des hohen Prozentsatzes an vielkernigen Zellen im Blute auf toxischen Ursprung schließen ließ und der ganzen Art nach zur Klasse der RAYNAUDschen Krankheit gehört, ist auch im vorliegenden Falle eine dunkle, und W. glaubt, daß wir bezüglich Natur, Ursprung und Weiterverbreitung des zugrunde liegenden Toxins vorläufig noch auf Hypothesen angewiesen sind. Stern-München.

Natriumperborat in der Behandlung der diabetischen Gangrän, von A. HERSFELD. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1613.) Mitteilung von drei Fällen, bei denen die gangränösen Partien mit Natriumperboratpulver bestreut wurden, das sehr gute Erfolge zeitigte. Richard Frühwald-Leipzig.

Vakzinetherapie bei Diabeteskarbunkel, von C. L. MCDONALD-Cleveland. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 1.) Bericht von einem äußerst günstig beeinflußten Fall. Schourp-Danzig.

Beeinflussung der Entzündungen bei Diabetes, von K. SCHILLER-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 34.) Verfasser faßt das Resultat seiner Untersuchungen bei Tieren in folgendem zusammen: 1. Bei hyperglykämischen Tieren verläuft die durch den Coccus pyogenes aureus hervorgerufene Entzündung sozusagen ganz identisch, wie bei gesunden Tieren. 2. Bei der Wärmebehandlung stellt sich die physiologische Wirkung der Wärme bei Diabetikern gerade so ein, wie bei gesunden Tieren, aber die Wärmewirkung auf die Entzündungen kann bei Hyperglykämie die bakterizide Wirkung auf die Bakterien nicht ausüben, weil die Bakteriozidie des diabetischen Serums abgenommen hat und weil die durch die Lymphe, die von der Wärme angesaugt worden ist, hervorgerufenen, infolge der Leukozytolyse der polynukleären Leukozyten entstandenen proteolytischen Enzyme keine bakteriolytische Wirkung entfalten können, und die Bakterien deshalb weiter lebensfähig bleiben und nicht geschwächt oder in ihrer Entwicklung gehindert werden, und im Körper weiter verbreitet zur Entwicklung neuer Entzündungsherde Gelegenheit geben. Die Wärmebehandlung ist bei Hyperglykämien entschieden schädlich. 3. Von ähnlicher, aber vielleicht noch verderblicherer Wirkung ist bei Diabetikern die Anwendung von konzentrierten Alkoholdunstumschlägen bei entzündlichen Prozessen, denn sie sind von ähnlicher Wirkung, wie die Wärmebehandlung, aber insofern noch von schädlicherer Wirkung, weil durch die Alkoholdunstumschläge die Epithelzellen und die oberflächlichen Bindegewebszellen mazeriert werden. So leidet die Widerstandsfähigkeit der Gewebe noch mehr. 4. Prießnitzumschläge können bei hyperglykämischen Patienten ebenso angewendet werden, wie bei gesunden Individuen; wegen ihrer reizenden, Leukozytose fördernden und resorbierenden Wirkung können sie bei entzündlichen

Digitized by Google

Prozessen von geringer Ausdehnung und Stärke, und bei chronischen, torpid entzündlichen Prozessen auch bei Diabetikern angewendet werden. 5. Die physiologischen Reaktionserscheinungen der Kältebehandlung stellen sich auch bei Diabetikern ein, nämlich die verminderte Resorption und die perivasale Leukozytose. Aber gerade deshalb, weil die Wirkung der Kälte auf die Bakterien auch entwicklungshindernd wirkt und diese infolge der verminderten Resorption nicht in die Ferne getragen werden, glaubt Verfasser, daß die Kältebehandlung wegen des geringeren Schutzes der Diabetiker sehr vorteilhaft angewendet werden kann, weil wegen der geringeren Bakteriolyse des Serums der Diabetiker der Organismus den Kampf gegen die Bakterien nicht erfolgreich aufnehmen kann. Insoweit diese Versuchsresultate von Tierversuchen auf Menschen übertragen werden können und man aus diesen folgern kann, wirken bei Diabetikern die Wärmebehandlung und die Alkoholdunstumschläge sehr schädlich, die Entzündung geradezu fördernd. Die Prießnitzumschläge können bei leichten, entzündlichen und namentlich bei chronischen, torpid entzündlichen Prozessen vorteilhaft angewendet werden. Die beste Behandlung der akuten entzündlichen Leiden ist die Kältebehandlung, deren absorptionsvermindernde und die Entwicklung der Bakterien hindernde Wirkung infolge des geringeren Schutzes gegen Entzündung sich als sehr zweckmäßig gegen die Entzündungserreger bewährt hat. Porosz-Budapest.

Zur Einteilung der Myxödemformen, von Erwin Thomas-Leipzig. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Verfasser teilt die Myxödeme in kongenitale und erworbene ein. Die kongenitalen 1. in solche mit totaler Thyreoaplasie, also eine Hemmungsbildung, und 2. Hypoplasien, die dann meist dystopisch im Zungengrund etabliert sind, wo sie als Tumoren imponieren. Bei dem erworbenen Myxödem handelt es sich um Schwund der entwickelten Drüse, so daß man 1. ein infantiles Myxödem und 2. ein Myxoedema adultorum unterscheidet. Die Fälle von angeborener Aplasie erreichten nie das Pubertätsalter oder, falls von älter gewordenen Individuen berichtet wird, waren es Fälle mit angeborener (dystopischer) Aplasie. Viktor Caesar-Dresden.

Xanthoma tuberosum multiplex beim Säugling, von Leo Fisahn. (Inaug.-Diss., Jena 1911.) Die Ätiologie des Xanthoms ist bis in die neueste Zeit hinein Gegenstand wissenschaftlicher Kontroverse gewesen. Die verschiedenen Ansichten darüber sind z. T. durch die Verschiedenheit des Auftretens der Erkrankung, sowohl was Alter der Patienten, Lokalisation und begleitende oder ursächliche Erkrankungen anbetrifft, veranlaßt. Es gibt eine beträchtliche Anzahl von Xanthomfällen, in welchen das Leiden bei sonst völlig gesunden, häufig sehr kräftigen Menschen besteht; allerdings ist die Mehrzahl der Fälle mit anderen Leiden, besonders Diabetes und Ikterus, in einigen Fällen mit Nierenerkrankungen und allgemeinen nervösen Störungen verbunden. Bei den Xanthomen des Säuglings- und Kindesalters ist eine Nebenerkrankung nur höchst selten beobachtet worden; es hat sich im Gegenteil meist um gut entwickelte, gesunde Kinder gehandelt, ein Umstand, der die Annahme einer kongenitalen Anlage begreiflich macht, die bisher noch nicht völlig widerlegt ist. Sie findet eine Stütze in dem ziemlich häufigen familiären Auftreten des Leidens. Verfasser gibt eine Zusammenfassung der histologischen Entstehungsweise und der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie des Xanthoms, sowie im Anschluß daran eine Übersicht der aus der Literatur bekannten Fälle von Xanthoma juvenile, soweit sie das Säuglings- und erste Kindesalter betreffen. Es ergibt sich für diese Xanthome, daß ihr Auftreten fast unabhängig ist von anderen Krankheiten, und daß sie fast immer rein tuberöser Form sind. Es findet entschieden eine Bevorzugung der Streckseiten der Extremitäten statt, wenn dies auch nicht in allen Fällen deutlich ausgeprägt ist. Ein Freibleiben der Augenlider, wie es als typisch von vielen Autoren für das Xanthoma juvenile angesehen wurde, ist höchstens in zwei Drittel aller Fälle

Digitized by Google

zu konstatieren. Auffallend ist die verhältnismäßig große Zahl von Fällen, bei denen nicht eine Aussaat von kleinen und kleinsten Knötchen über den ganzen Körper stattgefunden hat, wo sich nur wenige, dafür aber bis tauben- und hühnereigroße Tumoren finden. Soweit mikroskopische Befunde angegeben sind, stimmen sie alle insofern überein, als sie den Xanthomprozeß immer in der Kutis lokalisiert fanden, während das Epithel wohl verschmälert, im übrigen aber völlig intakt war. In dem der Arbeit zugrunde liegenden Falle, der ausführlich, besonders was die histologische Seite betrifft, geschildert wird, handelt es sich um ein 9 Monate altes Mädchen, ohne hereditäre Belastung. Im Alter von 6 Monaten bildeten sich an den Beinen einzelne kleine gelbe Knötchen, die sich nach und nach über Brust und Rücken bis auf Gesicht und behaarten Kopf zogen und langsam größer wurden. Das Kind gedieh trotzdem gut und äußerte niemals ein Zeichen irgend welchen körperlichen Unbehagens. Die Haut des ganzen Körpers, mit Ausnahme der Unterschenkel und Arme, ist mit zahllosen stecknadelkopf- bis großerbsengroßen Knötchen von derben Konsistenz bedeckt, die an Brust und Rücken, sowie auf der Stirn und dem behaarten Kopf am dichtesten stehen und nach Oberarmen und Oberschenkeln hin allmählich an Zahl abnehmen. Eine besondere Prädisposition für Streckseiten besteht nicht. Dagegen sind beiderseits die unteren und oberen Augenlider von zahlreichen verschieden großen Knötchen befallen. Die Form der Knötchen ist halbkugelig, sie lassen sich mit der Haut leicht verschieben und zeigen im allgemeinen eine glatte Oberfläche mit unverletzter Epidermis. Einzelne bieten leichte Entzündungserscheinungen dar. Diagnose: Xanthoma tuberosum multiplex. Aus dem histologischen Befund sei als das Wichtigste hervorgehoben, daß die mit Sudan III gefärbten Schnitte der in Formalin-Müller fixierten und in Alkohol gehärteten Präparate eine Beteiligung des Epithels an dem Xanthom feststellen lassen. Während bei Gegenfärbung mit Hämatoxylin die Epithelzellen über der normalen Kutis sehr klar und deutlich in ihren einzelnen Schichten zu erkennen waren mit dunkelbraun gefärbten Kernen, hatte sich das über der Geschwulst befindliche Epithel getrübt und wie die Tumormasse eine rotgelbe Farbe durch die Sudanfärbung angenommen. Ferner zeigte die Basalzellenschicht beim normalen Epithel auch eine ziemlich starke Pigmentanhäufung.

Die Verteilung der Xanthomknötchen über die Körperoberfläche im beschriebenen Fall bestätigt die Tatsache, daß ein Freibleiben der Augenlider nicht für die Xanthomfälle des Kindesalters typisch ist, da zahlreiche Knötchen auf den beiderseitigen oberen und unteren Augenlidern festzustellen waren. Ebensowenig kann hier von einer Lokalisation auf den Streckseiten die Rede sein, da die Oberschenkel, welche von den Extremitäten allein befallen waren, sowohl an Streck- wie Beugeseiten gleichmäßig viele Knötchen zeigten. Bezüglich der Ätiologie reiht sich dieser Fall denjenigen an, die außer dem frühen Beginn der Erkrankung keine sicheren ätiologischen Momente aufweisen. Fritz Loeb-München.

Ainhum und Uncinariasis americana bei einem weißen Mädchen, von F. L. Eskridge-Atlanta. (Med. Record, 17. Sept. 1910.) Einer der seltenen Fälle von Ainhum beim Weißen, während die Erkrankung sonst nur bei Negern beschrieben ist. Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen. Die bei verschiedenen Mitgliedern der Familie sich findende Wurmkrankheit war ganz zufällige Komplikation.

W. Lehmann-Stettin.

Über Keratoma palmare und über Vitiligo, von W. Friedländer-Berlin-Schöneberg. (Med. Klinik, 1911, Nr. 36.) In dem Falle von Keratoma palmare et plantare handelt es sich um eine seit 11 Jahren bestehende Affektion, welche weder hereditär noch kongenital ist und für die eine Ätiologie nicht anzugeben ist.

Ein Fall von Vitiligo bei einem jungen Mädchen besteht seit dem 3. Lebensjahre.

Digitized by Google

Der Vater hat eine sichere Lues und die Patientin hat positiven Wassermann. Verfasser hält es für wahrscheinlich, daß der Vitiligo einer spezifisch hereditär-syphilitischen Erkrankung des Nervensystems oder der Haut seinen Ursprung verdankt, hält sich aber merkwürdigerweise nicht für berechtigt, eine antiluetische Behandlung, d. h. mit Hg oder Salvarsan, einzuleiten. — Quarzlampenbelichtung zeigte nur vorübergehenden kosmetischen Erfolg. Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Lupus erythematosus discoides und symmetricus mit Kohlensäureschnee behandelt, von J. Nouell und M. Serrano. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 19.) Wie man aus den beigegebenen Photographien ersieht, wurde mit dieser Behandlung ein äußerst günstiger kurativer und ästhetischer Effekt erzielt.

Gunsett-Straßburg.

Über Lupus erythematodes mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und der neueren Therapie, vorzüglich der Radiotherapie und der Kohlensäurevereisung, von Ernst Löhnberg. (Inaug.-Diss., Bonn 1911.) Die Therapie des Lupus erythematodes ist in neuerer Zeit durch eine ganze Reihe brauchbarer Methoden vermehrt worden. Nach den Erfahrungen des Verfassers nimmt die Anwendung des Kohlensäureschnees unter diesen Verfahren den ersten Platz ein. Er ist der Überzeugung, daß die Kohlensäurevereisung in der Dermatotherapie immer mehr Eingang finden wird und sich neben ihren anderen Indikationsgebieten nicht zum wenigsten bei der Bekämpfung des Lupus erythematodes einen dauernden Platz in der Therapie erringen wird. Wenn auch die Behandlung mit Kohlensäureschnee noch jung sei und demgemäß noch kein umfangreiches Beobachtungsmaterial vorliegen könne, so seien die bisher veröffentlichten Resultate (mit alleiniger Ausnahme der Mitteilung von Pusey: Berl. klin. Wochenschr., 1908) doch wohl dazu angetan, die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf diese neue Behandlungsmethode zu lenken. Schädigungen durch die Vereisung sind nie beobachtet worden. An der Bonner Klinik wurden bisher mit der Kohlensäureschneevereisung beim Lupus erythematodes so günstige Erfolge erzielt, sowohl bezüglich der kurzen Dauer der Behandlung, wie auch der Endresultate, daß nunmehr jeder der neu zugehenden Lupus erythematodes-Fälle nach dieser Methode behandelt wird. Freilich reagiert nicht jeder Fall in der gleichen Weise. Es handelt sich bei der Kohlensäurevereisung um eine intensive Kältewirkung und deren reaktive Folgen. Was den Wert der Röntgenstrahlen bei Lupus erythematodes betrifft, so geht aus den diesbezüglichen bisherigen Mitteilungen hervor, daß diese Behandlungsweise eine ganze Anzahl günstiger Erfolge aufzuweisen hat. Die Radiumstrahlen betrachtet Verfasser bei Lupus nur als eine Ergänzung der Röntgentherapie. Mit der Quarzlampe sind bei Lupus erythematodes bisher noch zu wenig Erfahrungen gesammelt, um schon ein sicheres Urteil über ihren Wert bei dieser Indikation zu ermöglichen. Statische Elektrizität in Form der Hochfrequenz- und Influenzströme hat bisher in einigen Fällen von Lupus erythematodes genützt. Die nicht physikalische Therapie des Leidens findet in vorliegender Arbeit ebenfalls kritische Würdigung; es erübrigt sich aber, hierauf näher einzugehen.

Was die Ätiologie des Lupus erythematodes betrifft, so herrscht darüber noch vollkommene Unklarheit. Daher erklärt sich wohl auch die Unzahl der empfohlenen therapeutischen Hilfsmittel.

Eingangs seiner Arbeit bespricht der Verfasser das klinische und histologische Bild, sowie die zur Erklärung der Pathogenese aufgestellten Hypothesen und Ansichten und schließt seine Schrift mit einem vier Seiten umfassenden Literaturverzeichnis.

Fritz Loeb-München.

Über einen anormalen Fall von Lupus erythematosus in Form einer fleckigen Hautatrophie, von Verrotti. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 18.) Der

Digitized by Google

Fall, der bei dem völligen Fehlen von entzündlichen Erscheinungen zu den idiopathischen Atrophien zu zählen schien, muß auf Grund des histologischen Befundes als Lupus erythematosus aufgefaßt werden, als eine toxisch-infektiöse, wahrscheinlich tuberkulöse Dermatitis, besonders nach dem positiven Ausfall der Pirquetschen Reaktion.

Haas-Hamburg.

Klinischer Beitrag zur Lehre von der diffusen Sklerodermie, von Elisabeth Litzmann. (Inaug.-Diss., Heidelberg 1911.) Es handelt sich in den fünf ausführlich mitgeteilten Fällen um diffuse Sklerodermie und Sklerodaktylie. Die Krankheit begann bei den einzelnen Patienten verschieden. In einem Falle standen im Anfang vasomotorische Störungen der Hände im Vordergrund, die von Störungen der Wärme- und Berührungsempfindlichkeit und zum Teil auch von Parästhesien begleitet waren. Es kam nachweisbar unter dem Einfluß von Temperaturänderungen an den Händen zu lokaler Synkope und lokaler Asphyxie, also zu Erscheinungen, wie sie für die Raynaudsche Krankheit charakteristisch sind. Aber es trat weiterhin keine Gangrän der Finger ein, sondern es entwickelte sich teils akut, teils allmählich eine ödematöse Schwellung der Hände als erstes Symptom einer beginnenden Sklerodaktylie. Nächst den Händen war bei drei Patienten besonders das Gesicht von sklerodermatischen Veränderungen betroffen. Die am übrigen Körper entwickelten sklerodermatischen Veränderungen zeigten bei den einzelnen Patienten eine verschiedene Ausbreitung und Intensität. Interessant ist, daß in einigen Fällen einzelne zirkumskripte, kreisrunde Hautbezirke besonders starke Atrophie aufwiesen und in ihrer eigentümlichen Verfärbung an die früher als Morphea, jetzt allgemein als „sclérodermie en plaques" beschriebene Krankheitsform erinnerten. Ein allen fünf Fällen gemeinsames Krankheitssymptom waren abnorme Pigmentierungen. Bei fast allen Patienten zeigte die Haut des ganzen Körpers, meist mit Ausnahme der Hände und Füße, einen gelben bis bräunlichen Farbenton. In einem Falle hatte sich diese diffuse Färbung aus anfangs nur auf der Brust bestehenden zirkumskripten gelben Flecken entwickelt. Das Gesicht war meist besonders dunkel gefärbt, bei einer Patientin außerdem alle einem besonderen Druck durch Kleidungsstücke ausgesetzten Hautpartien. Eine Patientin bot ein eigenartiges Bild: infolge abnormer Pigmentverschiebungen waren symmetrisch gelegene, scharf begrenzte Hautbezirke absolut pigmentfrei und bildeten in ihrem glänzenden Weiß einen starken Gegensatz zu dem übrigen dunkel pigmentierten Körper.

Die wesentlichsten Symptome in den fünf Fällen waren vasomotorische Störungen, trophische Störungen der Haut, trophische Störungen der Haare und Nägel, sekretorische Störungen der Hautdrüsen, Pigmentationsanomalien, Muskelerkrankungen, Gelenkerkrankungen, frühzeitige Störung des Allgemeinbefindens. Daß sich alle diese Erscheinungen übereinstimmend bei allen Patienten zeigten, läßt einen inneren Zusammenhang zwischen ihnen vermuten. Da sie ferner in ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge keine konstanten Verhältnisse erkennen lassen, ist es wahrscheinlich, daß sie einander nicht untergeordnet, sondern koordiniert sind. Die Ätiologie der Krankheit ist noch dunkel. Die gelegentliche Kombination der Sklerodermie mit der Basedowschen Krankheit mahnt zur Vorsicht vor einseitiger Auffassung der Pathogenese. Etwas Bestimmtes weiß man zurzeit nicht.

Fritz Loeb-München.

Generalisierte ödematöse Sklerodermie (Skleremie), von Apert und Leblanc. (Bull. méd., 1912, S. 1022.) Die Affektion hatte rapid bei einem 14jährigen Kinde eingesetzt. Das jugendliche Alter ist bemerkenswert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über einen Fall von generalisierter Sklerodermie mit Leberzirrhose. Beitrag zum klinischen Studium der Läsionen der inneren Organe bei der Sklerodermie, von Ercoli. (Soc. ital. di Dermat. e sifil., Morgagni, 8. Okt. 1911.) Bei einem Patienten

Digitized by Google

von 45 Jahren mit generalisierter Sklerodermie en plaques trat 10 Jahre nach Bestehen derselben eine atrophische Leberzirrhose auf. Bei der Ähnlichkeit beider Affektionen in bezug auf anatomischen Bau (Proliferation, dann narbige Retraktion des Bindegewebes), glaubt der Verfasser, einen Zusammenhang beider Affektionen annehmen zu können.

Gunsett-Straßburg.

Über Kombination des Morbus Addisonii mit Sklerodermie, von Walther Becker. (Inaug.-Dissert., Bonn 1910.) Das angeführte kasuistische Material und die Besprechung der Ätiologie der im Titel genannten Affektionen machen die Arbeit erwähnenswert. Dem Einwand, warum nicht in allen Fällen von Morbus Addisonii auch sklerodermatische Veränderungen sich einstellen, läßt sich damit begegnen, daß nur in seltenen Fällen Erkrankungen des chromaffinen Systems auch die Fasern des Sympathikus befallen, welche zur Ernährung der Haut und der Gefäße in Beziehung stehen.

Fritz Loeb-München.

Herdförmige Sklerodermie. Besserung durch Schilddrüsenbehandlung, von J. Nicolas und H. Moutot. (Lyon méd., Bd. 117, Nr. 52.) Das Leiden hatte bei einem 3jähr. Mädchen vor einem Vierteljahre begonnen. Es fanden sich Herde auf dem rechten Beine und auf beiden Händen. An ersterer Stelle waren sie glatt, weißlich, derb infiltriert, von einem bläulichroten Ringe umgeben; an letzterer Stelle dagegen waren die Plaques über die Umgebung erhaben, weniger infiltriert, auf der Oberfläche mammeloniert und hatten keinen violetten Rand. Durch Verabreichung von Schilddrüsentabletten wurde in 14 Tagen eine bedeutende Erweichung und Abflachung der Herde erzielt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sklerodermie, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 1.) Vorstellung eines Falles ohne weitere Besonderheiten. Gunsett-Straßburg.

Das Sclerema neonatorum, von Mensi. (7. Italienischer pädiatrischer Kongreß, Morgagni, 22. Dez. 1911.) Der Verfasser untersuchte den Chlorstoffwechsel beim gesunden und beim skleremischen Neugeborenen und fand, daß zur Produktion des Sklerems eine Chlorretention nicht nötig ist. Seine mikroskopischen Untersuchungen ergaben, daß es sich beim Sklerem um einen irritativen Prozeß handelt, der das Bindegewebe zu Proliferation und Sklerose veranlaßt und durch verschiedene Zwischenstadien eine Verbindung zwischen den beiden Skleremformen herstellt, welche klinisch dem ödematösen Sklerem und dem adipösen Sklerem (Parrot) entsprechen. Um ferner einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem Sklerem und dem Myxödem zu finden, untersuchte der Verfasser genau die Thyreoiddrüse einer Anzahl von Skleremfällen, konnte aber außer einer oft gefundenen Kongestion der Drüse nichts Charakteristisches nachweisen. Ebensowenig wurde bei der Untersuchung der Thymusdrüsen etwas Besonderes gefunden.

Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Scleroderma diffusum, von R. Betke-Rastatt. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Die über Brust, Hals, Gesicht und Unterbauch ausgedehnte Erkrankung wurde durch Thiosinamineinspritzungen und den elektrischen Strom, dann durch die radiumemanationshaltigen Bäder von Kreuznach sehr gebessert. Der 29jährige Mann erkrankte im Jahre 1907 und starb 1911 an interkurrierender Pneumonie. Sektion und mikroskopische Untersuchung der Haut wurde nicht gemacht.

Gunsett-Straßburg.

Kasuistisches und Therapeutisches zur Sklerodermie, von W. Kölle-Tobelbad. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Die Arbeit bringt eine interessante Schilderung von zwei Fällen von hochgradiger Sklerodermie des Gesichts bei einem 60jährigen Herrn und einer 37jährigen verheirateten, aber kinderlosen Dame. Die Behandlung bestand in einer laktovegetabilen Diät, Dampfbädern, feuchten Packungen, Dampfkom-

Digitized by Google

pressen, sorgsam und zweckmäßig ausgeführter Massage, körperlicher Bewegung und (bei dem zweiten Falle) der Darreichung von Mesenterialdrüsenextrakt in Tablettenform, Cöliacin nach Schwerdt. Man gab täglich erst 2, dann 3 Tabletten zu 0,3 g. Der Erfolg war bei beiden Patienten ausgezeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Sklerodermie, von J. Donáth-Budapest. (Orv. Ujsag, 1911, Nr. 23.) Eine 41jährige verheiratete Taglöhnerin menstruierte niemals, war niemals schwanger, immer gesund, und in ihrer Familie kam nie ein ähnlicher Fall vor. Ihre Krankheit nahm vor 16 Jahren ihren Anfang, mit rascher Ermüdung der unteren Gliedmaßen, Ameisenkriechen und Kältegefühl im ganzen Körper, besonders bei kaltem und regnerischem Wetter. Beim Gehen schwollen die Füße bis zum Knie an, im Sommer oder im warmen Zimmer fühlte sie im ganzen Leibe eine ungewöhnlich große Hitze. In den letzten 8 Jahren stellte sich in den oberen, später in den unteren Gliedmaßen mit einem Gefühl von Trockenheit und Schmerz eine Atrophie ein; dabei entstand unter den Fingernägeln und in den Nagelbetten eine gelbliche Flüssigkeitsansammlung, worauf die Nägel abfielen, was sich mehrere Male wiederholte. Dagegen fielen die Zehennägel nicht ab. Seit zwei Jahren besteht im ganzen Körper ein Spannungsgefühl, namentlich in der Gegend der Augen, des Mundes und des Rückens; seither sind auch die Gliedmaßen starr und unbeweglich geworden. Die Kranke ist stark abgemagert, obgleich die Verdauung nichts zu wünschen übrig läßt. Im Krankheitsbild dominieren eine ausgebreitete Verdünnung, Atrophie, gelblichbraune Färbung, ein geädertes, glanzloses Aussehen der Haut, das besonders ausgeprägt ist auf dem Gesichte, dem Halse, der Brust, den Unterarmen und den Händen, viel weniger auf den unteren Gliedmaßen, während der Bauch und der Rücken normale Verhältnisse zeigen. Die Haut ist auf dem Schädel schwer verschiebbar, auf den Kinnbacken scheint sie wie angewachsen zu sein. Die zusammengeschrumpfte Haut bildet um den Mund senkrechte Runzeln, wodurch auch das Mundöffnen verhindert ist, während sie auf dem Kinn konzentrische Runzeln bildet. Die zusammengeschrumpften unteren Augenlider können kaum bewegt werden, während die oberen Augenlider in genügend gutem Zustande sind. Die Nase ist bedeutend kleiner, schmäler. Knorpel und Septum sind atrophisch, die Nasenlöcher sind verengt, die Lippen dünner. Auch die Zunge ist dünner, schmäler, und kann über die Lippen hinaus nicht ausgestreckt werden. Auf den Unterarmen ist die Haut stark fixiert, aber besonders tiefgehend sind die Hautveränderungen auf den Händen, wo deutlich sichtbar ist, daß an diesen Veränderungen die sonstigen Weichteile und auch die Knochen teilnehmen. Die Haut ist da zyanotisch, narbig, marmorartig glatt, kalt, mit ihrer Basis unbeweglich verwachsen; wo die Haut auf den Knochen gespannt ist, ist sie elfenbeingelb, die Hände und die Finger sind eingebogen, letztere so stark, daß die dystrophischen, krallenartig verkrümmten Nägel (Onycho gryphosis) in die Handfläche versenkt sind. Das basale Glied des kleinen Fingers zeigt ein kaum fühlbares Rudiment, so daß die Haut einen lockeren Sack mit einer ringartigen Einschnürungsfurche bildet; der Zeigefinger der linken Hand ist mutiliert, insofern das Nagelglied fehlt. Die Röntgenbilder zeigen eine hochgradige Atrophie sämtlicher Knochen der Unterarme und Hände, so auch eine starke Verkalkung der A. radialis. Auf den Fußsohlen, aber namentlich in der Gegend der Capitula metatarsi, sind in Gruppen geordnete, hirsekorngroße, dunkle, rotbraune, wie kleine Knöpfe sich erhebende Gebilde, die von einem lebhaft roten Hof umgeben sind. Sie sind außergewöhnlich druckempfindlich, schon die leise Berührung mit der Bleistiftspitze ruft lebhafte Schmerzen hervor und, sind als Angiokeratomata Mibelli bekannt, die im wesentlichen auf eine venöse Stasis, hervorgerufen durch eine Hautzusammenschrumpfung der Hautpapillen, zurückzuführen sind. Wegen der Schmerzhaftigkeit füttert die Patientin die Schuhe mit Watte aus und geht auf den Fersen.

Digitized by Google

Sinnes- und psychiatrische Veränderungen waren nicht vorhanden. Die Bewegungsstörungen, namentlich die beschränkte Biegsamkeit des Unterarmes, die starre Kontraktur der Handwurzel sind von der primären Erkrankung der Weichteile bedingt. Trotz der geringen Bewegungen der Patientin hat sie in den Armen und den unteren Gliedmaßen ein Wärmegefühl, daß sie sie immer außerhalb der Decke hält. Sie bekam 30 Fibrolysininjektionen und 90 Thyreoidtabletten. Jetzt kann sie schon gehen. Die Arme kann sie höher und ohne Schmerz heben. Gesichtshaut ist weicher und weniger gespannt. Auch die angiokeratomatösen Schmerzen haben nachgegeben. In den Kontrakturen und sonst ist keine Veränderung eingetreten. Bei der Sklerodermie kann man drei Stadien unterscheiden: das nervöse Stadium, das in der Anamnese erkannt worden ist, das ödematöse oder myxödematöse und schließlich das sklerotrophische. Die schönsten Resultate kann man im zweiten Stadium zumeist mit Schilddrüse erreichen.

Porosz-Budapest.

Sklerodermie durch Radiumemanationstrinkkuren gebessert, von J. Benczúr-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 21.) Verfasser schildert den folgenden Fall: Die 18jährige Patientin verbrauchte täglich 3 Flaschen von dem Radiumemanationswasser, das die Charlottenburger Radiogen-Gesellschaft in Verkehr bringt, d. i. 116 000 Volt = 1000 Macheeinheiten. Sonst ist sie keiner anderen Behandlungsweise teilhaftig geworden. In den ersten drei Tagen der Kur wurden die Schmerzen in den Gelenken heftiger, an den folgenden Tagen nahmen sie aber ab. In der zweiten Woche der Kur fühlte die Patientin nur geringe Schmerzen und auch nur im Daumengelenke der rechten Hand. Zeitweise wurden die Schmerzen einige Stunden lang heftiger, aber am Ende der Kur hörten sie beinahe ganz auf. Die Kranke, die sonst nicht zu schwitzen pflegte, schwitzte während der Behandlung — namentlich anfangs, aber auch später — sehr stark. Hände und Füße waren beinahe immer feucht. Sie klagte auch während der Kur, daß die Fingerspitzen anfangs zeitweise zyanotisch wurden, aber dies geschah später viel seltener. Während der Kur — 5 Wochen — nahm die Kranke um 1 kg zu. Die Haut wurde von Tag zu Tag weicher, so daß sie nach Verlauf eines Monats die Stirn runzeln und den Mund zu verziehen und zu lächeln imstande war. Die Augenlider, so auch die ganze Gesichtshaut, wurden wesentlich weicher. Die Härte der Brust-, Unterarm- und der Fußhaut hörte ganz auf. Die Hautstarre der Finger besteht wohl noch, aber in bedeutend geringerem Maße als zuvor. Sie kann schon die früher ganz starren Finger ein wenig bewegen. In der 5. Woche der Kur trat eine geringfügige Hämoptoe auf, die zur Unterbrechung der Kur führte. Ob die erreichte Besserung anhalten wird, muß die weitere Beobachtung entscheiden. Dieser Fall zeigt, daß die Radiumemanation ein Mittel ist, dessen Anwendung neben dem oft wirksamen Fibrolysin — vielleicht auch damit verbunden — in der Behandlung der Sklerodermie versucht zu werden verdient.

Porosz-Budapest.

Dermatologische Kleinigkeiten.

The Leprosy of the Bible: Its Medical and Religious Aspect, von Mc Ewen, Ernest, L. (The Biblical World, 1911, Bd. 38.) Im Anschlusse an die mehrfach von mir geäußerte und zuletzt ausführlich in meinem Referat zu Blochs Ursprung der Syphilis (Teil II, 1911, Bd. 53, S. 510) begründete Anschauung, daß das Wort Zaraath der Bibel nicht nur nicht Lepra, sondern überhaupt keine Krankheit bedeutet, sei die mir kürzlich übersandte Arbeit unseres amerikanischen Kollegen Mc Ewen etwas ausführlicher besprochen.

Mc Ewen gelangt auf etwas anderem Wege ebenfalls, und zwar ganz unabhängig

Digitized by Google

zu derselben Ansicht. Er analysiert die Symptome des Zaraath und kommt zu dem Schlusse, daß kein einziges für Lepra charakteristisch ist, und daß die Absicht des Gesetzgebers gar nicht die Definition einer bestimmten Krankheit, sondern die Festsetzung der Umstände war, unter denen der Priester jemand für „unrein" erklären konnte; derselbe hatte gar kein medizinisches, sondern nur ein religiöses Interesse. Mc Ewen ist konziliant genug, wenigstens den Erfolg des Gesetzes, wenn auch nicht seine Absicht, für hygienisch wertvoll zu halten; ich kann ihm darin nicht folgen, weil das Zaraath-Urteil die wirklich gefährlichen, kontagiösen und epidemischen Krankheiten gar nicht traf. Das Neue und Wertvolle an Mc Ewens Arbeit ist die glückliche Idee, die Tabu-Lehre Polynesiens, Afrikas und Indiens mit der Zaraath-Lehre der Israeliten in Parallele zu stellen und ihre völlige Übereinstimmung bis in die kleinsten Details nachzuweisen. Das Wort „Tabu" umfaßt zwei Gruppen von Begriffen: geheiligt und unrein; nur die letztere Form entspricht dem Zaraath. „Tabu" geht von einem Ding, das „unrein" ist, auf ein anderes, lebloses oder lebendiges, durch Kontakt über; das Leblose muß vernichtet, das Lebende so lange von der Gesellschaft und dem Gottesdienst ausgeschlossen werden, bis die „Unreinheit" von Priestern durch ein Zeremoniell aufgehoben worden ist. So wird z. B., um nur einen Umstand außer dem Zaraath zu nennen, die Frau durch Menstruation und Kindbett unrein, und der Leviticus berichtet im Kapitel 12 genau so über diese Art von „Unreinheit" wie unmittelbar danach über Zaraath im Kapitel 13. So wenig in der Bibel selbst von wirklicher Lepra die Rede ist, so wenig beschäftigt sich der die Bibel kommentierende Talmud damit; sein Zaraath hat ganz andere Sorgen. Zwei Beispiele: Fremde und Durchreisende leiden nicht an Zaraath, doch muß der jüdische Kleiderhändler sich vorsehen, wenn er von ihnen kauft. Der Bräutigam ist während der 7 Tage des Hochzeitsfestes frei von Zaraath. Das genügt. Wir können dem Verfasser nur beistimmen, wenn er hofft, daß bei richtiger Erkenntnis des Zaraath als Tabu auch viel von der heutigen, durch die Bibel großgezogenen Leprafurcht verschwinden wird. Unna sen.

Verschiedenes.

Prof. Rudolf Matzenauer (Graz), bisher Extraordinarius, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Geh. Med.-Rat Prof. A. Neisser (Breslau) erhielt aus Anlaß der Dresdener internationalen Hygiene-Ausstellung das Ritterkreuz I. Kl. des sächs. Albrechtsordens mit der Krone.

Über Antrag von Prof. Dr. Riehl wurde im K. K. Allgemeinen Krankenhause zu **Wien** eine **staatliche Radiumstation** errichtet, aus welcher Radium an die Kliniken und Abteilungen, an die Lupusheilstätte, sowie an die praktischen Ärzte und Apotheken abgegeben wird.

In **New York** wurde für Hospitalspatienten die **Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten** unter Angabe des Namens des Kranken und der Infektionsquelle eingeführt. Von den Privatärzten wird die gleiche Anzeige ohne Namensnennung an das Departement of Health erbeten, wofür bakteriologische und serologische Untersuchung kostenlos ausgeführt wird.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Juli 1912 | Nr. 29 | Band 55

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses. (Dirig. Arzt: Sanitätsrat Dr. Wechselmann.)

Über neuere Modifikationen (Karvonen, Manoiloff) und zur Technik der Wassermannschen Reaktion.

Von

Dr. med. Ernst Bernhardt.

Es ist zu bedauern, daß scheinbar mehr Nachuntersuchungen von Modifikationen der W. R. angestellt, als veröffentlicht werden. Wir geben deshalb im folgenden wieder, welche Ansicht wir uns über zwei Veröffentlichungen zu bilden Gelegenheit hatten, von denen die eine (Karvonen) noch wenig, die andere gar keine Nachuntersucher gefunden zu haben scheint.

Karvonen [1]) ersetzt, auf Arbeiten von Bordet und Streng fußend, die komplexe Hämolyse durch Konglutination. Er gebraucht Pferdeserum als Komplement und Rinderserum als Konglutinin für Meerschweinchenblutkörperchen. Er kommt zu dem Hauptergebnis, daß die Resultate der K. R. zuverlässig und schärfer als W. R. sind und glaubt ferner eine Vereinfachung und Verbilligung erzielt zu haben. Er kommt nämlich zu dem Schluß, daß das als Komplementquelle gebrauchte Pferdeserum erstens billiger und zweitens dadurch konstanter an Komplementstärke sei als die aus verschiedenen Meerschweinchen stammenden Sera, weil man es immer aus einem und demselben Pferde entnehmen könne und es sich länger unverändert (im Eisschrank) halte als Meerschweinchenkomplement. Es ist wohl ohne weiteres klar, daß es recht große Laboratorien für Serodiagnostik gibt, die sich ein Pferd nicht halten können, und daß dessen Haltung auch bei reichlichem Komplementgebrauch die Kosten der Meerschweinchen beträchtlich übersteigen wird. Was die Konstanz anbetrifft, so hat man ja Meerschweinchenkomplement deshalb gewählt, weil es von fast vollkommener Konstanz ist. Im übrigen könnte man ebensogut auch Meerschweinchenkomplement im Eisschrank aufbewahren — wenn man sich eben dem aussetzen will, daß es einmal doch zu schwach geworden ist und man nun falsche Resultate oder doppelte Arbeit hat. Karvonen selbst verwendet übrigens zwei Tage altes Pferdeserum schon in stärkerer Dosis.

---

[1]) Karvonen, Über die Serodiagnose der Syphilis mittels Konglutinationsreaktion. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band 108, Heft 3, Seite 435 ff.

Digitized by Google

Es wäre ein Vorzug, daß man „keinen künstlichen Ambozeptor gebraucht, so daß seine Bereitung und tägliche Titrierung wegfällt" — jedenfalls was die Bereitung angeht, denn die tägliche Titrierung kann man bei dem aufbewahrten hämolytischen Ambozeptor mit demselben Recht wie KARVONEN bei dem konglutinierenden fortlassen, aber auch nur mit diesem Recht. Die Ambozeptorquelle (das Pferdeserum, zum Teil auch das Rinderserum) bleibt aber nur für den monatelang unverändert, der das gleiche Pferd dauernd zur Verfügung hat. Ein Pferd, das noch zu anderen Zwecken dienen soll, wird man nicht als Komplementquelle benutzen können. Der weitere Vorzug, daß die Methode beste Ergebnisse liefert ohne Brutschrank, ist für jedes Laboratorium ohne Bedeutung. Für den Praktiker aber ist die K. R. noch weniger geeignet als die W. R., denn abgesehen von der Technik, die noch besondere Schwierigkeiten bietet in einem besonderen gleichmäßigen Bewegen der Reagenzröhrchenständer, stellt die Beurteilung der Resultate größere Anforderungen an den Untersucher. WASSERMANN[1]) erklärte, daß zwei seiner Mitarbeiter, die sich in seinem Laboratorium mit Nachuntersuchungen der Methode KARVONENS beschäftigten, bei dem gleichen Versuchsergebnis unabhängig voneinander die Resultate ablasen und — verschieden bewerteten. Diese Schwierigkeiten empfand auch ich als zu schwerwiegend, im Gegensatz zu den klaren Resultaten der Hämolyse, als ich mich mit praktischen Nachuntersuchungen der Konglutinationsreaktion beschäftigte.

Dies geschah allerdings nicht in der von KARVONEN angegebenen Weise, da diese aus den oben angeführten Gründen zuviel Übelstände bot. Dort ist noch nicht erwähnt, daß die Meerschweinchenblutkörperchen eine Verteuerung gegenüber dem Hammelblut darstellen. Von mir wurde versucht, die Menschenblutkörperchen als billigstes Material für den Untersucher des menschlichen Serums heranzuziehen — aber ohne Erfolg, und wohl besonders deshalb, weil mit den Seren verschiedener Schlachthaustiere gearbeitet werden mußte, deren Komplement- und Ambozeptorgehalt beständig wechselte. Dazu kommt ein Übelstand, den KARVONEN bereits empfunden, wenn er ihn auch nicht als solchen erwähnt, daß nämlich, wenn man so verdünnte Lösungen wie bei W. R. anwendet, die Resultate unsicherer sind — was das Zustandekommen der Konglutination und die Beurteilung anbetrifft. Geht man aber, wie KARVONEN, dazu über, die Mengen nach Tropfen abzumessen, dann ist unseres Erachtens die Möglichkeit eines Fehlers zu groß. KARVONEN nimmt vom Serum und vom Extrakt je zwei kleine Tropfen, die für das Serum 0,05—0,06 ccm und für den Extrakt 0,03 ccm entsprechen sollen. Diese Angabe ist nicht zutreffend, denn es ist leicht nachzuweisen, daß zwei Tropfen Serum und zwei Tropfen alkoholischen Herzextraktes nicht einen Rauminhalt haben, der diesen Verhältnissen entspräche. KARVONEN nimmt die Abmessung derart vor, daß er aus Kapillarpipetten von ca. 1 mm Durchmesser der Ausflußöffnung (inkl. Glas) „kleine Tropfen" ausfließen läßt. Man kann sich leicht davon überzeugen, daß eine Serummenge, in eine trockene saubere Kapillarpipette bis zu einer bestimmten Marke aufgesaugt, z. B. 150 Tropfen gibt, während alkoholischer Herzextrakt,

[1]) Hufelandische Ges. Berlin, 15. Februar 1912.

Digitized by Google

bis zur gleichen Marke in die in den gleichen Zustand versetzte Pipette aufgesaugt, unter den gleichen übrigen Kautelen 400 Tropfen liefert, so daß also die Größe der Tropfen des Serums zu denen des Extrakts sich verhält wie 8:3. Wenn also zwei Tropfen Extrakt aus einer Kapillarpipette = 0,03 ccm sind, so sind zwei Tropfen Serum aus derselben Pipette 0,08 ccm und nicht 0,05—0,06 cm. Mithin bringt Karvonen eine Änderung des Verhältnisses zwischen der Normalherzextrakt- und der Serumdosis, die auch bei Anwendung des hämolytischen Systems ganz andere Resultate liefern müßte. Auf ähnliche Weise wie eben beschrieben, nämlich dadurch, daß man die Pipette jedesmal in veränderte Stellung bringt oder die obere Öffnung mehr oder weniger verschließt, kann man sich selbst davon überzeugen, daß dieselbe Pipette, mit der in Art und Menge gleichen Flüssigkeit gefüllt, ganz verschiedene Tropfenzahlen gibt. Auch Temperatur und Luftdruck spielen dabei eine Rolle. Annähernd gleiche Verhältnisse für das Abtropfen aus Pipetten bei ihrer Verwendung zur Serumreaktion stets herzustellen, ist eine Unmöglichkeit. Die feinen zerbrechlichen Kapillarpipetten werden auch während ein und desselben Versuchs leicht Schaden nehmen, und dadurch ist dann wieder eine neue Fehlerquelle gegeben. Unter diesen Umständen ist es verständlich, daß die Resultate der K. R. von denen der W. R. abweichen.

Karvonen hat in 350 Fällen mit W. R. übereinstimmend 161 negative und 117 positive Resultate. In 66 Fällen war seine Reaktion positiv, W. R. war negativ. In 6 Fällen war W. R. schwach positiv, K. R. aber negativ. Was die Analyse seiner Fälle anbetrifft, so läßt sich nicht verkennen, daß der weitaus größte Teil mit Recht ein positives Resultat zu haben scheint, wenn man vielleicht auch in Rechnung ziehen muß, daß sich schließlich bei der Zusammensetzung seines Materials ein Luesverdacht oft rechtfertigen lassen wird. Um aber dem Beurteiler aus der Arbeit heraus einen Schluß zu erlauben, ob auf der andern Seite aus der W. R. auch alles herausgeholt ist, was aus ihr herausgeholt werden kann und muß, dazu fehlt es an einer genauen Beschreibung der Methode, nach der die W. R. angestellt wurde. Es genügt nicht, daß die Reagenzien bei beiden Reaktionen in gleicher Beschaffenheit verwendet wurden, soweit sie die gleichen wie bei W. R. sind. Es fehlt z. B. die Angabe, in welcher Dosis der Herzextrakt für W. R. verwandt wurde. War diese nicht 0,2 ccm bei 0,2 ccm Serum und 0,1 ccm Meerschweinchenkomplement auf 5 ccm Gesamtflüssigkeit der W. R., so besteht die Möglichkeit, daß eine Reihe von positiven Resultaten dem Untersucher der W. R. verloren ging. War der Extrakt, von dem Karvonen angibt, daß er sich mehrere Monate halte, bei dem einen Untersucher tatsächlich so alt, würde natürlich eine Fehlerquelle für diesen Untersucher vorhanden sein, jedenfalls geben Seligmann und Klopstock[1]) an, bei alten Extrakten unspezifische Hemmungen gefunden zu haben, während wir eine Abschwächung alter Extrakte bemerken zu können glaubten.

Von Nachprüfungen liegen bisher bloß die von Siebert und Miro-

[1]) Seligmann und Klopstock, Über Serumreaktionen bei Scharlachkranken. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 38, S. 1719/20.

Digitized by Google

NESCU[1]) vor, die eine Paralleluntersuchung an hundert Fällen vornahmen. Ihre Resultate sind kaum zu verwerten, da sie in Verkennung des Umstandes, daß es sich darum handelt, den Wert eines neuen Indikatorsystems für die W. R. zu prüfen, die Untersuchungen nach KARVONEN mit Normalextrakt aus Ochsenherz ausführten, während sie für W. R. verschiedene alkoholische Luesextrakte und den wäßrigen Extrakt nach LESSER benutzten. Sie verwenden höhere Dosen als KARVONEN, die sie aus graduierten Pipetten abmessen. Extrakt und Serum werden in dem Verhältnis von 3 : 5 verwandt. Hervorzuheben ist, daß ihnen das Rinderserum verschiedentlich unbrauchbar wurde. Ferner fanden sie bei 100 frischen Seren dreimal Autotropie. WASSERMANNS Mitarbeiter fanden diese noch öfter, nämlich bei 20 von 100 Seren. Dieser hohe Prozentsatz erklärt sich wohl daraus, daß die in einem serologischen Institut untersuchten Seren meistens älter sind als die in der Klinik selbst untersuchten.

Nach dem Erörterten ist es wohl einleuchtend, daß darauf verzichtet wurde, die BORDET-STRENGsche Konglutination zum mindesten in der Art, wie sie KARVONEN in die Serodiagnostik der Syphilis einführen will, noch weiter praktisch nachzuprüfen.

Dagegen wurden eingehende Untersuchungen über eine andere Arbeit angestellt, über die Veröffentlichungen bisher nicht vorliegen. Es handelt sich hier um den von MANOILOFF vorgeschlagenen Ersatz des Immunserums als hämolytischen Ambozeptor durch normalen Magensaft[2]).

MANOILOFF gibt an, nach seiner Methode 72 Seren zu verschiedenen Zeiten dreimal untersucht und immer die gleichen Resultate gehabt zu haben.

Er verwendet an Stelle des hämolytischen Ambozeptors natürlichen Magensaft, und zwar vorzugsweise solchen von Hunden mit Pawlowscher Magenfistel. Auf die Verwendung von Magensaft als hämolytischem Ambozeptor will er dadurch gekommen sein, daß er Luetischen, die an Magenbeschwerden litten, mit Erfolg normalen Magensaft gegeben hatte. Es liegt sehr nahe, anzunehmen, daß man mit dem gleichen Erfolg wie gewöhnlich Salzsäure bzw. Pepsin hätte ordinieren können. Wie er hier eine spezifische Wirkung des „Luestoxins" auf den Magensaft vermutet, so vermutet er auch eine spezifische Wirkung des Magensaftes bei seiner Verwendung an Stelle des hämolytischen Ambozeptors und hält diese Vermutung durch seine Versuche für bestätigt.

Er stellt folgende Schlußsätze auf:

1. Wie aus meinen Versuchen ersichtlich ist, bekommt man mittels Magensafts dieselben Resultate wie mit dem WASSERMANNschen hämolytischen Ambozeptor.
2. Eine Verdünnung von Magensaft von 1 : 100 gibt mit Normalserum stets vollständige Hämolyse und mit Luesserum stets vollständige Hemmung.

---

[1]) SIEBERT, C. und MIRONESCU, Über die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach KARVONEN. Dtsch. med. Wochenschr., Jahrgang 37, Nr. 45, S. 2084/86. — [2]) Centralbl. f. Bakteriol. I. Abteilung. Bd. 57, H. 5. Dr. E. MANOILOFF: Natürlicher Magensaft bei der Serodiagnose der Syphilis.

Digitized by Google

3. Dezinormalsalzsäure nicht so deutlich.
4. Normalsera von nicht luetischen Personen, wenn sie auch an anderen infektiösen Krankheiten leiden, geben mit Magensaft vollständige Hämolyse.
5. Die Ursache der Reaktion ist eine rein chemische.
6. Zwischen Magensaft und Luesserum besteht eine Attraktion — Bindungsfähigkeit.
7. Luesserum besitzt die Fähigkeit, an und für sich den Magensaft zu verdauen.

Über die Arbeitsweise Manoiloffs erhält man aus seiner Arbeit nicht recht genügenden Aufschluß. Wenn er aber beispielsweise anführt, daß er unter vollständiger Hämolyse eine schöne rosa-violette Färbung der ganzen Flüssigkeit versteht, so ersieht man daraus, daß er nicht unter den notwendigen Kautelen gearbeitet haben kann. Eine violette Tönung wird stets nur bei „fauligem" Blut erscheinen und wird jedenfalls von uns nicht als einwandfreies Resultat angesehen. Kürzlich hat Kostrzewski angegeben, aus einem derartigen Medium einen hämolytischen Proteus gezüchtet zu haben [1]).

Jedenfalls erscheint es angezeigt, zum besseren Verständnis und zur besseren Beurteilung der folgenden Ausführungen zunächst kurz anzugeben, wie in unserem Laboratorium zurzeit die Serodiagnose der Syphilis ausgeführt wird.

Als Antigen benutzen wir alkoholischen Herzextrakt, den wir aus frischen menschlichen Herzen herstellen.

Er ist in unserem Laboratorium nach ausgedehnten Parallelversuchen durch C. Lange eingeführt, der seine günstigen Resultate, die, soweit sie veröffentlicht [2]) sind, bis zum Jahre 1910 reichten, inzwischen an Tausenden von Seren bestätigt gefunden hat. Bei den mehr als 2000 Seren, die ich bisher mit Normalherzextrakt untersucht habe, habe ich keine Veranlassung gefunden, an der Brauchbarkeit der Reaktion zu zweifeln.

Die Seren werden meistens am Tage nach der Entnahme untersucht. Bevor wir dazu übergingen, nicht inaktivierte Seren zu verwenden, arbeiteten wir nach der Wechselmannschen Modifikation, die übrigens die einzige ist, die Wassermann selbst anerkannte. Als Komplement dient uns frisches Meerschweinchenserum, das durch Gerinnen- und Absetzenlassen und Zentrifugieren aus dem Gesamtblut gesunder Tiere gewonnen wird. Das Ausschütteln des Blutes zur Komplementgewinnung halten wir für falsch, da durch Schütteln Komplement zerstört wird und so ein verschiedener Komplementgehalt des Meerschweinchenserums resultiert, das im übrigen doch gerade seiner Konstanz wegen den Vorzug

[1]) Dr. J. Kostrzewski, Über die Farbe bei hämolytischen Versuchen. Bd. 58, Heft 3 des Centralbl. f. Bakteriol. — [2]) Arch. f. Derm., Band 61, Heft 1, Januar 1912, S. 283: Über die Verwendung von Herzextrakten.

Digitized by Google

vor anderen erhalten hat. Wir verwenden es wie WASSERMANN in der Dosis von 1 : 10. Es bietet uns, in der geschilderten Weise gewonnen, in dieser Stärke noch immer einen Überschuß über dem, was für die Hämolyse nötig ist und durch die hohe Extraktdosis an sich gebunden wird. Als hämolytischen Ambozeptor verwenden wir Kaninchenimmunserum gegen Hammelblutkörperchen. Die Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen wird von uns nicht wie gemeinhin 5 % ig, sondern derart hergestellt, daß auf 15 Teile Hammelblut 85 Teile (0,85 %) NaCl-Lösung kommen.

Wenn man weniger Wert darauf legt, am Ambozeptor als an der Zeit zu sparen, so kann man das Hammelblut auch ungewaschen in 15 % iger Aufschwemmung verwenden. Hammelblutserum hat etwas Eigenhemmung, reagiert aber nicht mit Normelherzextrakt positiv.

Die Ausführung des Versuchs gestaltet sich folgendermaßen: Zunächst wird alles Komplement, das zur Verwendung kommen soll, und etwa die gesamte Blutkörperchenaufschwemmung hergestellt. Dann setzen wir in der üblichen Art den hämolytischen Versuch an.

Hierbei sei erwähnt, daß ich bei Verwendung unserer 15 % igen ausgewaschenen Blutaufschwemmung die Beobachtung machte, daß einige Immunseren zwar in höheren Verdünnungen, wie z. B. 1 : 800 und 1 : 1000, vollkommen lösten, in den schwächeren Verdünnungen aber bis 1 : 600 etwa an Größe abnehmende Kuppen zeigten. Diese Kuppen stellten sich als wolkige Gebilde dar von größerem Volumen als die von etwa 1 : 1200 an etwa wachsenden Kuppen sedimentierter Erythrozyten. Bei mikroskopischer Betrachtung stellte sich heraus, daß sie aus Erythrozyten bestanden, auf die ein Agglutinin eingewirkt hatte. Infolgedessen war es unmöglich, diese Immunseren für W. R. zu gebrauchen, da in dem Vielfachen der eben noch lösenden Dosis die Agglutinationskuppe störte.

Tabelle 1.

Nr.	Herzextrakt 20 %	Serum 20 %	Komplement 1 : 10	Kaninchenimmunserum $2-3 \times \frac{1}{x} + 15$ % Hammelblut $^1/_4$ Stunde vorher gemischt
1. Hauptversuch	1 ccm	1 ccm	1 ccm	2 ccm
2. Serumkontrolle	0	2 ccm	1 ccm	2 ccm
	1 Std. 37°			
	2 Std. 37°			

Digitized by Google

Zum Hauptversuch verwenden wir das Zwei- bis Dreifache der gefundenen niedrigsten vollkommen lösenden Dosis. Der Hauptversuch wird, wie in Tabelle 1 gezeigt ist, ausgeführt. Sämtliche Verdünnungen, auch die des Serums, sind vorher in Stammlösungen angestellt.

Die notwendigen Verdünnungen werden sämtlich mit 0,85 %iger Kochsalzlösung hergestellt, die wir selbst bereiten, so daß wir die Fehler, die eine aus der Apotheke bezogene physiologische Kochsalzlösung bringen könnte, vermeiden. Wenn der Sodazusatz zu dieser, wie Hermann Mayer nachzuweisen geglaubt hat, auch ohne Schädigung des Versuchs geschehen kann, sehen wir doch wegen der oft vorhandenen Bakterienflora schon von solchen fertigen Lösungen ab.

Die Ablesung der Resultate erfolgt am nächsten Morgen, d. h. wenn die positiven Sera Sediment unter klarer Serumlösungsfarbe zeigen. Wir bezeichnen diesen Ausfall der Reaktion mit $++++$, bei leicht roter Verfärbung $+++$; ferner verwenden wir für die verschiedene Größe der Kuppe die Bezeichnung $++$, $+$, $\pm$.

Die praktisch wichtigste Behauptung Manoiloffs ist, daß der hämolytische Ambozeptor durch Magensaft in der Verdünnung 1 : 100 zu ersetzen sei. Wenn man mit Magensaft vom Pawlowschen Hund ein hämolytisches System ansetzt, also Magensaft in den Verdünnungen 1 : 2, 1 : 3, 1 : 4, 1 : 6, 1 : 8, 1 : 12, 1 : 16 usw. bis 1 : 2000 mit 1 ccm Komplement (1 : 10) und 1 ccm Blutkörperchenaufschwemmung, sowie 2 ccm 0,85 %ige NaCl ansetzt, zwei Stunden bei 37° läßt, so erhält man bei Ablesung am nächsten Morgen bei 1 : 2 schmutzigbraunes Sediment unter klarer Flüssigkeit, bei 1 : 3 bis 1 : 12 kleiner werdendes Sediment, schmutzige, etwa bräunlichgrüne bis braunrote Verfärbung der Flüssigkeit. Dann tritt in den Verdünnungen von 1 : 40 eine rote Färbung auf, die an Intensität mit den Verdünnungsgraden abnimmt, und eine mit diesen zunehmende Kuppe nicht gelöster Blutkörperchen. In den stärkeren Verdünnungen ist in allen die gleiche ganz leicht rötliche Verfärbung der Flüssigkeit sichtbar über großer Kuppe nicht gelöster Erythrozyten. — Magensaft vom Menschen, durch Ausheberung nach Probefrühstück gewonnen, gibt bei normalen Aziditätsgraden die gleichen Resultate mit geringer Verschiebung entsprechend der geringeren Azidität. Derselbe Versuch, derart angestellt, daß das Komplement durch 1 ccm 0,85 %ige NaCl fingiert wird, gibt keine wesentliche Veränderung der Resultate. Es handelt sich also, soweit eine Hämolyse eintritt, um eine solche, die auch ohne Komplement eintritt. Mithin ist ein vollgültiger Ersatz des hämolytischen Ambozeptors durch Magensaft für die W. R., die doch eine Komplementablenkungsreaktion ist, nicht möglich.

Da Manoiloff aber so gute Resultate angibt, hatte ich seine Methode

Digitized by Google

an einigen Seren in der von ihm angegebenen Verdünnung des Magensaftes gleichzeitig mit den oben angegebenen Versuchen erprobt und fand in der Tat vollständige Hämolyse bei Normalseren und vollständige Hemmung bei luetischen. Infolgedessen setzte ich weitere 41 Sera nach seiner Methode an.

Die im Hauptversuch vierfach Positiven (+ + + +) fanden sich sämtlich auch mit Magensaft als hämolytischem Ambozeptor vierfach positiv. Das Kinderserum 1825 war scheinbar etwas schwächer positiv, nämlich nur + + statt + + +. Abweichend waren 1793, 1804, 1806, 1828, die schwach (+) positiv waren, statt negativ, und ferner 1827 + + + statt 0. Man konnte nach den klinischen Diagnosen Lues cerebri, behandelte Lues latens, verdächtiges Ulcus, Abort mens II annehmen, daß die Methode Manoiloffs womöglich noch feinere Resultate als W. R. liefere. Der Gegensatz aber, der sich bei 1827 + + + statt 0 offenbarte, forderte auf, trotz der klinischen Bemerkung, Kind eines angeblich luetischen Vaters, dem Hauptversuch doch größeres Vertrauen zu schenken und die Untersuchung der Ergebnisse Manoiloffs in andere Bahnen zu lenken. Es handelt sich nämlich um ein Kind von vier Wochen, und in diesem jugendlichen Alter enthält menschliches Serum noch keine bzw. sehr wenige Ambozeptoren gegen Schaferythrozyten. Es enstand also die Vermutung, daß der Magensaft nichts anderes zu sein brauche als ein für die W. R. ganz indifferenter Körper, und daß die Hämolyse nur dann zustande käme, wenn genügend Normalambozeptoren im menschlichen Serum gegen Hammelblut vorhanden waren.

Zunächst wurde statt der 10 %igen Blutaufschwemmung, die für diesen Versuch der benutzt war, eine stärkere, nämlich 12 %ige Blutaufschwemmung gewählt und mit dieser an 20 Seren ein Parallelversuch angesetzt (Tabelle 2). Dabei zeigte sich in der Tat, daß die Resultate mit dieser Blutaufschwemmung, die noch weit schwächer ist als die von uns gewöhnlich benutzte, bereits sehr unsicher wurden.

Zu der Frage, ob der Magensaft auf die hämolytische Wirkung einen Einfluß ausübt und welchen, war nun zu prüfen, wie es sich mit der Hämolyse bei Zusatz von Magensaft und ohne diesen verhält, wenn man die Seren nicht für die W. R., sondern in höheren und niederen Dosen als bei dieser ansetzt (Tabelle 3). Ergänzend ist zu bemerken, daß die Sera auf 1 ccm mit 0,85 %iger NaCl aufgefüllt, in den Dosen von 0,75, 0,5, 0,37 usf. bis 0,007, zur Verwendung kamen. Ferner waren auch inaktive Seren anzusetzen, da Manoiloff scheinbar solche verwendet hatte.

Aus den Ergebnissen der Tabelle 3 zeigt sich, daß die Hämolyse abhängig ist von dem Komplementgehalt und von der Höhe der Serumdosis in dem Sinne, daß sie nur bei Anwesenheit von Komplement, zum

Digitized by Google

Tabelle 2.

Nr.	Klinische Diagnose	Magensaft 12% Blutaufschwemmung		Wassermannsche Reaktion
		Reaktion	Serumkontrolle	
1838	Exanthem L. II	++++	+	++++
39	Ulcus molle	++	+	0
40	Beh. Lues III	+	+	0
41	Ulcus molle	++	+	0
42	Skabies	++	+	±
43	Skabies	+	+	0
44	Exanthem L. II	++++	+	++++
45	Exanthem L. II	++++	+	++++
46	L. II Papeln	++++	+	++++
47	Papeln L. II	++++	+	++++
48	Skabies (Kind)	++	+	0
49	Seb. Ekzem	+	0	0
50	Psoriasis	++	±	0
51	Polyarthritis rheum.	+++	++	0
52	Tabes dorsalis	++	++	0
53	Stat. post part.	0	±	0
1862	Pedikulosis	++	++	0
63	Bubo inguin.	++	++	0
64	Skabies	±	0	0
65	Pupillenstarre	++++	±	++++

mindesten von solchem aus frischem aktiven Serum, zustande kommt und mit den Dosen des Patientenserums schwächer wird. Da eine Veränderung nicht zu konstatieren ist, ob Magensaft in der Verdünnung von 1:100 zugesetzt ist oder nicht, kann man wohl den Schluß ziehen, daß die Hämolyse abhängig ist von den hämolytischen Ambozeptoren, die aus dem Menschenserum stammen. Infolgedessen war hiernach anzunehmen, daß es sich bei M.s Modifikation nur darum handelt, daß der Magensaft überhaupt keine Veränderung hervorruft und daß die von M. untersuchten Seren einen ausreichenden Gehalt an Normalambozeptoren besaßen, um eine Hämolyse seiner 5%igen Erythrozytenaufschwemmung zustande zu bringen. Die Verwendung der Normalambozeptoren ist bereits als Bauers Modifikation allgemein bekannt. Daß die genannte Annahme richtig sei, dafür spricht auch der Umstand, daß Manoiloff mit Magensaft 1:10 sowie mit Dezinormalsalzsäure 1:100 schlechtere Resultate sah als bei dem stark verdünnten Magensaft. In diesen starken Konzentrationen von Magensaft bzw. Salzsäure wird tatsächlich eine Veränderung bewirkt, aber zum Schlechteren, durch Komplementzerstörung einerseits und andererseits durch nicht komplexe Hämolyse, während in der starken Verdünnung

Digitized by Google

von 1 : 100 oder, da **Manoiloff** für den Versuch noch um das Doppelte verdünnt, von 1 : 200, der Magensaft schon unschädlich ist.

Tabelle 3.

Nr.	Menschenserum 1 : x	0,85% NaCl-Lösung	Meerschweinchenserum 1 : 10	Magensaft 1 : 100	12% Hammelblutaufschwemmung (ausgewaschen)	Resultat
1	1 ccm aktiv	1 ccm	1 ccm	1 ccm	1 ccm	Fallende Hämolyse; bei 0,5 und 0,25 Menschenserum meist vollständige Hämolyse.
2	1 ccm aktiv	2 ccm	—	1 ccm	1 ccm	Weitaus schwächere Hämolyse.
3	1 ccm inaktiv	1 ccm	1 ccm	1 ccm	1 ccm	Hämolyse wie bei 1.
4	1 ccm inaktiv	2 ccm	—	1 ccm	1 ccm	Keine Hämolyse.
5	1 ccm inaktiv	2 ccm	1 ccm	—	1 ccm	Hämolyse wie bei 1.

2 Stunden 37°

Es war aber doch noch zu entscheiden, ob vielleicht noch unabhängig von bisher schon Bekanntem Magensaft die Fähigkeit besitze, die im Serum vorhandenen Ambozeptoren gegen Hammelblutkörperchen bei der W. R. zu unterstützen. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Seren gleichzeitig mit Kaninchenimmunserum, daneben mit Magensaft und ferner „ohne Hämolysin" also nach **Bauer** angesetzt.

Bei 20 Seren, die mit 10% Hammelblutaufschwemmung ausgesetzt wurden, ergaben alle 3 Methoden vollständig übereinstimmende Resultate (11 stark positiv, 9 vollständig negativ).

Ganz anders stellt sich das Resultat dar, wenn man die Blutaufschwemmung für die Modifikationen ebenso stark nimmt, wie wir sie in der Regel für die W. R. verwenden. Dabei erhält man (Tabelle 4), gleichgültig, ob der hämolytische Ambozeptor durch Magensaft ersetzt wird oder ob an dessen Stelle 0,5%ige NaCl-Lösung tritt, wesentlich andere Resultate, als wenn Kaninchenimmunserum verwendet wird. Wie ersichtlich, reagieren dann die verschiedensten Seren Normaler, stark positiv.

Aus dem Ausfall der Reaktion bei Nr. 19, 29 und 30, die an Blutserum von Kindern von 4—4½ Monaten gemacht ist, geht daneben noch hervor, daß die weitverbreitete Anschauung, hämolytische Ambozeptoren fänden sich besonders bei Kindern im ersten Halbjahre, unzutreffend ist;

Digitized by Google

Tabelle 4.

Nr.	Klinische Diagnose	Kaninchen-immunserum	Magensaft 1 : 100	NaCl 0,85%
1899	Lues latens	++++	++++	++++
1902	Lues latens?	++++	++++	++++
3	Skabies	±	+++	++
4	Tabes incipiens	++++	++++	++++
5	Pediculosis	0	±	+
6	Behandelte Lues	++++	++++	++++
7	Gonorrhöe	0	+++	+++
8	Behandelte Lues	++++	++++	++++
9	„ „	++++	++++	++++
10	„ „	++++	++++	++++
11	„ „	±	++++	+++
12	Ptosis	0	++	+++
13	Gonorrhöe	0	0	+
14	Ulcus molle	0	∓	±
15	Papeln	++++	++++	++++
16	Lues latens	+++	++++	++++
17	Progr. Paralyse?	0	++	++
18	Angina luica?	0	+	+
19	(Kind) Ekzem	0	+++	+++
20	Bubo	0	+	+
21	Behand. Lues lat.	0	++	++
22	Periph. Neuritis	++++	++++	++++
23	Behandelte Lues	0	+	+
25	Acne vulgar.	0	+	+
26	Luesverdacht	0	+	±
27	Gonorrhöe	0	+	+
28	Behandelte Lues	++++	++++	++++
29	Furunkulose (Kind) 4 Monat	0	±	+
30	Furunkulose (Kind) $4^1/_2$ Monat	0	+	+

wenigstens zeigt, wie aus den übrigen Resultaten ersichtlich ist, das Serum vieler Erwachsener noch viel geringeren Ambozeptorengehalt.

Es zeigte sich also, daß durch den Magensaft kein anderes Resultat erzielt wird, als wenn man überhaupt keinen hämolytischen Ambozeptor dem Serum zusetzt. M.s Resultate sind also nicht durch Magensaft erzielt, sondern durch die Ambozeptoren, die im menschlichen Serum gegen Hammelblut vorhanden sind. M.s Schlußsatz 1, daß man mittels Magensaft dieselben Resultate wie mit dem hämolytischen Ambozeptor aus Immunserum bekomme, ist also hinfällig und ebensowenig trifft es zu, was der Schlußsatz 2 behauptet, daß der Magensaft für die W. R. richtige Resultate bringt, wenn man ihn an Stelle des hämolytischen Ambozeptors

Digitized by Google

setzte. Das geht endgültig auch aus den nach Tabelle 3 angesetzten Seren hervor, bei denen wir abwechselnd luetische und nicht-luetische Seren ansetzten, ohne daß sich andere Unterschiede zeigten, als durch den bei Luetikern und Normalen scheinbar regellos wechselnden Ambozeptorengehalt bedingt ist. Was den Schlußsatz 3 anbetrifft, so waren, wie schon erwähnt, M.s Resultate mit Dezinormalsalzsäure deshalb nicht so deutlich, weil er diese in einer Konzentration anwendet, die einerseits selbst blutkörperchenauflösend, anderseits komplementzerstörend wirkt. Davon, daß Normalsera von nicht luetischen Personen (Schlußsatz 4) mit Magensaft stets vollständig Hämolyse ergeben, kann, wie unsere Untersuchungen beweisen, keine Rede sein.

Was die Möglichkeit anbetrifft, die biologische Reaktion durch eine rein chemische zu ersetzen, wie es M. nach Schlußsatz 5 getan zu haben glaubt, ist durch M.s Arbeit dies Problem gewiß keinen Schritt weiter gebracht worden, viel eher scheinen die von Landsteiner und seinen Mitarbeitern ausgeführten Versuche mit kolloidaler Kieselsäure in dieser Hinsicht zum Ziele führen zu können. Dafür, daß, wie Schlußsatz 6 und 7 angibt, zwischen Magensaft und Luesserum eine Bindungsfähigkeit besteht, sowie daß Luesserum die Fähigkeit besitze, Magensaft zu verdauen, dafür findet man in M.s Arbeit selbst keinen aus Untersuchungen gewonnenen Anhaltspunkt. Er könnte vielleicht den Versuch Nr. 3 und 4 auf seiner Tab. 2 für einen solchen angesehen haben: Zu je 1 ccm luetischen und normalen Serums ist eine Stunde vor der W. R. 0,5 ccm Magensaft (1 : 100) zugesetzt, worauf das Resultat der Reaktion sich nachher bei dem luetischen Serum als schwache Hemmung, bei dem normalen Serum als schache Hämolyse charakterisiert. Ich konnte jedenfalls keinen Unterschied in der Endwirkung finden, ob der Magensaft vorher der einen oder der anderen Komponente der Reaktion zugesetzt war. Im übrigen aber mußte M., um mit Recht eine derartige Folgerung aus diesem Versuchsresultat ziehen zu können, nur eine Veränderung der Reaktion bei dem luetischen Serum bekommen haben. Da aber auch sein Normalserum verändert reagiert, ist er aus diesem Versuch nur zu schließen berechtigt: Magensaft verschleiert die Reaktion.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich also bei M.s Reaktion um dasselbe wie bei der Brieger-Renzschen Reaktion mit chlorsaurem Kali, bei der es sich auch um das Zufügen eines für die W. R. ganz indifferenten Körpers handelte. Wenn darüber noch irgend ein Zweifel bestanden haben könnte, so ist er mit Sicherheit dadurch behoben, daß bei in der Folgezeit angestellten Untersuchungen mehrere Zerebrospinalflüssigkeiten, die, von Normalen bei der Lumbalanästhesie entnommen, mit W. R. vollständige Hämolyse ergeben hatten, nach M.s Methode sämtlich vollständige Hem-

Digitized by Google

mung zeigten — ein Resultat, das sich bei der Untersuchung des Nabelschnurbluts Neugeborener wiederholte.

Es ist hier, nachdem sich die beiden in der Hauptsache besprochenen Modifikationen uns nicht als brauchbar erwiesen haben, nur noch zu sagen, daß wir die Erleichterungen, die in dem Abriß unserer Technik gegenüber der Stammethode hervortreten, nur einem Laboratorium, wie dem unsrigen, für erlaubt halten, in dem die wöchentlich mindestens dreimal erfolgende Serumuntersuchung an jedem Untersuchungstage eine Reihe von 20 bis 100 Seren umfaßt. In Laboratorien, in denen nur eine geringe Anzahl von Seren zur Untersuchung kommt, ist die Einhaltung aller von Wassermann vorgeschriebenen Kontrollen nicht dringend genug anzuraten.

Dort wird man mit Vorteil auch ein Austitrieren der Seren ausführen, das etwaige Fehler der Technik des Untersuchers leichter hervortreten und damit in weiterem Maße ausschließen läßt.

Daß dagegen ein Austitrieren der Seren für die Therapie und die Niederlegung von therapeutischen Erfahrungen von Wert sein könnte, ist zwar theoretisch zuzugeben, aber in Wirklichkeit wird ein derartiges Verfahren wohl daran scheitern, daß dort, wo ein großes Material zur Verfügung steht, ein Austitrieren der Seren zuviel geschulte Kräfte beanspruchen dürfte. Für den Praktiker mag es noch den Wert haben, daß er und sein Patient über den Erfolg einer Therapie, soweit ein therapeutischer Erfolg sich überhaupt bei der Serodiagnose zu erkennen gibt, früher unterrichten können, als es bisher möglich ist.

Will man aber die Resultate verschiedener Untersuchungsstellen miteinander vergleichen, so ist es nötig, daß vorher eine Einigung zum mindesten über das zu verwendende Antigen erzielt wird. Nach unseren bisherigen Erfahrungen erscheint es möglich, daß man entweder den alkoholischen Herzextrakt, der in frischem Zustande vollkommen konstant ist, überall verwendet, oder zunächst wenigstens den aus Ochsenherzen zum Vergleich und eventuell zur Herstellung einer Antigeneinheit heranzieht. Wenn man einem solchen Ziele zustrebt, ist es unbedingt erforderlich, daß man die übrigen Komponenten der W. R. nur dann durch andere ersetzt oder in anderer Form verwendet, wenn damit wirklich eine wesentliche Verbesserung erzielt wird.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 18. April 1912.

Fall von multiplem, benignem, zystischem Epitheliom, von S. E. Dore. Die ersten Anfänge der Affektion zeigten sich bei der 54jährigen Patientin vor 6 Jahren. Die zahlreichen Läsionen sind hauptsächlich am Gesicht lokalisiert.

Fall zum Diagnostizieren, von W. Fox. Bei dem 63jährigen Manne schwankt die Diagnose zwischen Pemphigus foliaceus und Dermatitis herpetiformis.

Ausgedehntes behaartes Pigmentmal am Rumpfe nebst kleinen Pigmentmälern am Gesicht und den Extremitäten bei einem 2jährigen Mädchen, von S. E. Dore. Redner hat bei einzelnen der Gesichtsmäler Kohlensäureschnee appliziert, hat aber damit keine Dauerwirkung erzielt.

Fälle mit den Erscheinungen des Lupus erythematosus, von J. M. H. McLeod. Außer einem Fall von akutem L. erythematosus bei einer 31jährigen Frau demonstriert Redner einen Fall von Spätsyphilis und ferner (an einer Abbildung) einen von hartnäckigen Pernionen der Hand mit Läsionen, welche von echtem Lupus erythematosus keine unterscheidenden Merkmale klinisch erkennen lassen. Angesichts solcher Fälle scheint die Frage berechtigt, ob man nicht richtiger täte, L. erythematosus nur als das Endstadium vieler ursprünglich voneinander verschiedener Krankheiten aufzufassen.

Fall von Bromausschlag, von G. N. Meachen. Nach Verabreichung von 3,75 g Bromkali wegen Krämpfen ist bei dem 6 Monate alten Kinde ein intensiver Ausschlag am Gesicht und anderen Körperstellen aufgetreten, der stellenweise an Pinis Bromoderma nodosum fungoides erinnert.

Fibrome bei einem 17jährigen Mädchen, von M. Morris. Der Fall unterscheidet sich von der Recklinghausenschen Krankheit durch das Fehlen von subjektiven Erscheinungen.

Fall von Sklerodaktylie mit subkutaner Verkalkung, von R. E. Scholefield und F. P. Weber. Die ersten Andeutungen des Leidens traten bei der nunmehr 50jährigen Patientin in ihrem 20. Lebensjahr in Gestalt von ischämischen Erscheinungen an den Fingern auf. Im Röntgenbilde sieht man die kalkigen Ablagerungen im subkutanen Gewebe an den Fingerbeeren, und operativ ist auch schon eine Portion dieser Masse entfernt worden.

Fall von (infektiösem) Angiom, von J. H. Sequeira. Bei der 20jährigen Patientin besteht die Affektion jetzt bereits 18 Jahre und erstreckt sich über den ganzen rechten Arm vom Schlüsselbein bis zur Hand.

Fall zum Diagnostizieren, von J. H. Sequeira. Es handelte sich um eine große pustulöse Anschwellung am rechten Oberkiefer bei einem 28jährigen Arbeiter; der Fall ist nicht genügend detailliert untersucht.

Fall von tropho-neurotischer Ablösung der Nägel mit nachfolgender Alopecia areata, von F. P. Weber. Die Affektion an den Nägeln hatte sich bei der 37jährigen Frau unter Arsenikbehandlung gebessert, als die noch bestehende Alopekie auftrat.

Fall zum Diagnostizieren, von A. Whitfield. Bei der 18jährigen Patientin hat sich im Anschluß an den Gebrauch von „Antipon" als Entfettungsmittel Haarausfall eingestellt, nebst einem ausgedehnten Hautausschlag, der in mancher Beziehung mit Lupus erythematosus übereinstimmt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über allgemeinen Haarausfall, von FERNAND HOLLANDE. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 467.) Die mitgeteilte Kasuistik von 38 Fällen und ein gutes Literaturverzeichnis machen die Arbeit an dieser Stelle erwähnenswert. Verfasser bespricht in den einzelnen Kapiteln nach einer geschichtlichen Einleitung die Ursachen, Entstehung, Erscheinungen, Symptome, Behandlung des Leidens, und teilt seine Fälle mit, unter denen sich sechs eigene befinden. Fritz Loeb-München.

Zum Studium der Ursachen des Haarausfalles, von JOSEPH LEMÉE. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 400.) Es kann angenommen werden, daß der Haarausfall ein klinisches Symptom darstellt, hervorgerufen durch das zeitweilige Aufhören der Funktion der Haarpapillen in Zonenform. Die ätiologischen Momente sind zahlreich, aber nicht einwandfrei sichergestellt. Eine gewisse Disposition spielt eine ätiologisch wichtige Rolle. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von totaler Alopekie (Pelade décalvante) im Verlaufe einer syphilitischen Infektion, geheilt mit zwei Salvarsaninjektionen, von HERNANDEZ SAMPELAYO. (Rev. Ibero Amer., März 1912, Bd. 27.) Es handelte sich um einen Kranken, bei dem sich im ersten Jahre der Syphilis eine allmählich über den ganzen Körper sich ausbreitende Pelade einstellte. Quecksilber war mehrfach erfolglos angewandt worden. Die Alopekia bestand noch fünf Jahre nachher, die WASSERMANNsche Reaktion war positiv. Nach zwei Salvarsaninjektionen von je 0,4 heilte die Alopekie bis auf einen kleinen ophiasischen Fleck vollständig ab. Gunsett-Straßburg

Studien zur Ätiologie der Alopecia areata, von G. NOBL-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 17 und 18.) N. prüfte 31 Fälle aufs eingehendste klinisch und biologisch und kommt zu dem Schlusse, daß der Syphilis in der Ätiologie schwerer Alopezieausbrüche kein Platz einzuräumen ist. Schourp-Danzig.

Trichoclasia idiopathica, von R. SABOURAUD. (La Clinique, 1911, Nr. 43.) Unter diesem Namen beschreibt S. eine bisher unbekannte seltene Haarkrankheit, die darin besteht, daß auf einer umschriebenen Stelle des Kopfes plötzlich die Haare etwa 6—8 mm oberhalb der Haut abbrechen. Der Stumpf bricht nicht mehr und ist nicht leichter mit der gesunden Wurzel zu extrahieren wie normale Haare. An den abgebrochenen Haaren läßt sich keine pathologische Veränderung finden. Um den ersten bilden sich neue gleiche Herde, bis nach einigen Wochen unter Teerbehandlung die Krankheit aufhört. Rezidive sind möglich. Richard Frühwald-Leipzig.

Über eine neue Form von Piedra, von PAULO HORTA. (Memorias do instituto Oswaldo Cruz, 1911, Bd. 3, Heft 1.) In Brasilien existiert eine Form von Piedra, d. h. einer nodulären Affektion der Haare, welche durch einen Pilz hervorgerufen wird. Die Knötchen sind dunkel gefärbt, adhärieren an den Haaren und sind durch einen Pilz mit dichotomisch sich teilenden und mit Scheidewänden versehenen Hyphen bedingt. Innerhalb des Myzels findet sich eine große Zahl von zystischen Körperchen verschiedenartigen Aussehens und in verschiedenen Entwicklungsperioden, welche mit Zilien versehene fusiforme Elemente enthalten, die in den anderen beschriebenen Formen der Piedra nicht vorkommen. In der Kultur auf SABOURAUDschem Nährboden wachsen dunkelgefärbte Kolonien, deren Pigment dem in den Piedraknötchen gefundenen entspricht. Auch das kultivierte Myzel entspricht seinem Aussehen nach durchaus dem

Digitized by Google

im Piedraknötchen vorhandenen. Kokken und Stäbchen, wie sie andere Verfasser in anderen Piedraformen fanden, wurden nicht nachgewiesen. Diese Form der brasilianischen Piedra hat infolgedessen nichts mit der kolumbischen oder der europäischen „Piedra nostras" gemein. Gunsett-Straßburg.

Über eine eigene Art der Nagelablösung bei Wäscherinnen, von M. Oppenheim-Wien. (Wiener Arbeiten aus d. Gebiete der Sozialen Medizin, 1910.) Verfasser beobachtete in drei Fällen bei Wäscherinnen bei Intaktbleiben der unteren Nagelfläche und der Oberfläche des Nagelbettes eine halbmondförmige, die Konvexität proximal kehrende Spaltbildung zwischen Nagelbett und Nagel an verschiedenen Fingern. Er gebraucht hierfür den von Heller eingeführten Namen Onycholysis partialis mit der Beifügung „bei Wäscherinnen". Arthur Schucht-Danzig.

Idioneurosen.

Hautjucken bei Tabes, von L. M. A. Savin. (Inaug.-Dissert., Bordeaux 1911, Nr. 80.) Tabes kann sicher zu Pruritus Veranlassung geben. Dieser bildet zwar ein seltenes Symptom der Krankheit, kann aber, da er sich in einem sehr frühen Stadium finden kann, zu einer Frühdiagnose führen und überhaupt erst auf die Diagnose hinweisen. Tritt Pruritus in einem vorgerückteren Stadium der Tabes auf, dann handelt es sich oft um unregelmäßige Formen der lokomotorischen Ataxie. Der Tabespruritus ist lokalisiert, geht im allgemeinen ohne Läsionen einher und ist oft mit Lichenfikationen (Brocq) kompliziert. Er verursacht Krisen, analog den blitzartigen Schmerzen, und stellt sich gewöhnlich zur Nachtzeit und nach Diätfehlern ein. Derartige Krisen setzen ohne Prodrome ein; sie haben paroxystischen Charakter und sind viel schmerzhafter als die lanzinierenden Schmerzen. Der Kranke kommt durch sie in einen Zustand extremer Depression. Die Therapie ist dem tabischen Pruritus gegenüber so gut wie machtlos. Was die Pathogenese betrifft, so ist es bis jetzt noch unentschieden, ob das Leiden bei Tabes auf eine periphere Neuritis, auf eine besondere medulläre Läsion oder auf eine Läsion des Sympathikus zurückzuführen ist. Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung des Pruritus vulvae und ani, von C. E. Campbell-Horsfall-Newquay. (Brit. med. Journ., 16. März 1912.) Verfasser berichtet, daß er mit der Verabreichung von Urotropin (0,7 pro die in Wasser gelöst) bei Pruritus vulvae und bei einem Fall von P. ani, der ohne dauernden Erfolg nach Ball mit der Exzision der Nerven in der Umgebung des Afters operiert worden war, eine ausgezeichnete Wirkung in wenigen Tagen erzielte. Er hat auch sonst das Mittel mit günstigem Resultate angewandt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pruritus ani: seine wahrscheinliche Ursache und die hierauf beruhende Therapie, von Dwight Henderson Murray-Syracuse, N. Y. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 24.) Bei 19 Fällen von typischem Pruritus ani fand Verfasser stets auf der Haut um den Anus herum Streptokokken in außerordentlicher Anzahl, während diese bei nicht an Pruritus erkrankten Personen nicht vorhanden waren. Entsprechend diesem Befund war der opsonische Index für Streptokokken herabgesetzt. Die besten therapeutischen Resultate wurden durch Injektionen mit autogener Streptokokkenvakzine erzielt; lokale Behandlung ist hierbei nicht erforderlich. Verfasser möchte hiernach die Streptokokken in ursächlichen Zusammenhang mit dem Pruritus ani bringen.
Fendt-Wiesbaden.

Sekretionsanomalien.

Hyperhidrosis mit kontinuierlichem Fieber, von Henry Herbert. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1607.) Ein 22jähriger Mann leidet seit 10 Jahren an

Digitized by Google

ununterbrochenem Schwitzen, das nur sistiert, wenn er in frischer Luft oder unbedeckt ist. Nach Essen und Trinken wird es stärker. Die Supraskapular- und Okzipitalregion beiderseits bleibt aber trocken. Dabei besteht mäßige Temperaturerhöhung. Als Ursache ist eine Läsion des unteren Halsganglions anzunehmen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von chirurgischem Emphysem während der Geburt, von M. Stocks-Sheffield. (Lancet, 16. März.) Eine kräftige gesunde 20jährige Primipara, welche etwa 13 Stunden sich im Geburtsakt befand, bot ein ziemlich plötzlich entstandenes Emphysem der ganzen rechten Gesichtshälfte und des Halses dar. Trotz alsbaldiger Beendigung der Geburt durch Zangenextraktion dehnte sich die Affektion über das ganze Gesicht, den Hals, die ganze rechte Thoraxpartie bis zum Rippenrand und bis zur Wirbelsäule als hinterer Begrenzung und auf den dritten Teil des rechten Oberarmes sowie auf die linke Schulter aus. Im Laufe von 8 Tagen verging die ganze Störung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein verschluckter Strohhalm, der unter der Haut wieder zum Vorschein kam, von Laurent Salles-Vielle-Aure. (Journ. des pratric., 1911, Nr. 48.) Ein 2jähriges Kind verschluckte einen 7 cm langen Strohhalm, bekam dann eine kleine Hämoptoe, weiter keine Symptome. Nach 8 Tagen bildete sich ein kleiner Abszeß am mittleren Drittel der linken Thoraxseite, aus dem der Strohhalm gezogen werden konnte. Aus der Fistel trat synchron mit den Zwerchfellbewegungen Luft. Kurze Zeit später war sie geschlossen. Der Strohhalm hatte also Larynx, Trachea, Lunge, Pleura und Interkostalraum perforiert.

Gunsett-Straßburg.

Über gewerbliche totale Argyrie, von F. Koelsch-München. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Verfasser berichtet über 2 Fälle von Argyrie bei Blattsilberbeschneiderinnen. Der eine betraf eine 27jährige, verheiratete Frau, welche seit 14 Jahren ihre gewerbliche Tätigkeit ausübt. Sie litt mit 16 Jahren an Bleichsucht und an Magenstörungen, und die ersten Erscheinungen der Silberfärbung wurden 2 Jahre später bemerkt. Im übrigen ist die Frau gesund, während die zweite 50jährige ledige Patientin über Magen- und Lungensymptome zu klagen hat und infolge ihres Hautzustandes psychisch verstimmt und menschenscheu geworden ist. Die Entstehung der Argyrie ist wohl am richtigsten durch einen chemisch-mechanischen Vorgang zu erklären, indem anzunehmen ist, daß das aufgenommene Silber im Magen zu Chlorsilber und zu Silberalbuminat gebunden und dann wieder in den Blutbahnen fortgeführt, als metallisches Silber in den Geweben niedergeschlagen wird. Da bisher noch immer eine therapeutische Einwirkung auf die Anomalie unmöglich ist, muß den Anfangserscheinungen derselben (Zahnfleisch) und der Prophylaxe besondere Aufmerksamkeit zugewandt werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pityriasis versicolor bei drei Schwestern, von F. C. Knowles-Philadelphia und Eduard Corson-Cynwyd. (Med. Record, 30. Oktober 1911.) Pityriasis versicolor ist in Amerika relativ selten; K. hat unter 4000 dermatologischen Patienten nur elf Fälle gesehen; die Statistiken der amerikanischen dermatologischen Vereinigung des Jahres 1908 führen unter 36500 Fällen von Hauterkrankungen nur 211 auf. Verfasser berichtet über drei Schwestern, die zusammen in einem Bett schliefen, und von denen zwei erst vier Wochen nach der ersten zur Beobachtung kamen und anscheinend von dieser angesteckt worden waren.

W. Lehmann-Stettin.

Trypanosomiasis beim Menschen, von C. N. B. Camac-New York. (Amer. Journ. med. scien., November 1911.) Von dermatologischen Erscheinungen bot der hier

Digitized by Google

eingehend geschilderte Fall folgende dar: Am Fußrücken der einen (rechten) Seite bestand anfangs zeitweilig an einer zirkumskripten Stelle eine entzündliche Rötung, welche vielleicht aber nur als eine Miliaria rubra tropica zu deuten war; späterhin entwickelte sich am Stamme ein charakteristisches Erythem, nach dessen Verschwinden eine auffallende Trockenheit und Neigung zu Schuppenbildung eine Zeitlang bestand. Im weiteren Verlauf trat wiederum das Erythem hervor, diesmal am rechten Bein, und blieb etwa einen Monat lang bestehen. Weitere Symptome waren Defluvium capillitii und Pruritus. Die Diagnose wurde sowohl durch die sonstigen klinischen Zeichen als auch durch den wiederholt ausgeführten Nachweis der Parasiten im Blute sichergestellt. Zur Behandlung wurden verschiedene Mittel verwendet: Atoxyl, Antimon-Natrotartrat, Antimon-Citristartrat, ferner eine Ölmischung mit präzipitiertem metallischem Antimon und auch Arsazetin. Zurzeit ist der nunmehr 39jährige Patient (Europäer) bei guter Gesundheit und kann seinen Geschäften nachgehen, wenn auch gelegentliche Anwandlungen von körperlicher und auch geistiger Schwäche sich immer noch jetzt 4 Jahre nach der ersten Erkrankung einstellen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Diagnose der Skabies, von A. H. Rosenberg-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 33.) Glasdruck läßt die leicht gewundenen Gänge mit den typischen, punktförmigen, perlschnurähnlich angeordneten Kotballen von der Milbe deutlich hervortreten.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Ristin, ein neues Antiskabiosum, von J. Neuberger-Nürnberg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 42.) Unter der Bezeichnung Ristin haben die Farbenfabriken vorm. Frdr. Bayer in Elberfeld eine 25%ige alkoholische Lösung des Monobenzolesters des Äthylenglykolls in den Handel gebracht. Die Lösung (die noch einen Zusatz von Glyzerin enthält), ist farb- und geruchlos und hat, soviel bisher hat festgestellt werden können, für Menschen keine toxischen Eigenschaften. Verfasser hat das Mittel bei 85 Fällen mit sehr verschiedenen klinischen Krankheitsbildern verwendet und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Meistens genügten drei Einreibungen zu je 50 ccm Ristin, und man kann bei unkomplizierten Fällen die Kur im Laufe nur eines Tages zu Ende führen. Ein weiterer Vorzug ist die prompte juckstillende Wirkung des Mittels. Hingegen ist der relativ hohe Preis von M. 5,50 für eine Originalflasche zu 175 g ein für die Mehrzahl der gerade mit Skabies behafteten Patienten sehr unwillkommenes Moment. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Monobenzylester des Äthylenglykolls, das „Ristin", als Mittel gegen Krätze, von C. Tollens-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Das „Ristin" wurde mit Glyzerin und Alkohol vermischt (10 g Ristin, 25 g Alkohol, 5 g Glyzerin) und 3 mal im Verlauf von 24 Stunden eingerieben. Es genügen hierzu 100 bis 150 g Flüssigkeit. Am folgenden Tag erfolgt ein Bad mit sparsamer Seifenanwendung, hierauf, wenn nötig, die übliche Nachbehandlung des postskabiösen Ekzems. Die Erfolge sollen ausgezeichnet sein. Gerühmt wird die Ungiftigkeit, Reizlosigkeit und Geruchlosigkeit des Präparats. Gunsett-Straßburg.

Zwei seltene Prozesse bei Bilharziosis, von F. C. Madden-Cairo. (Lancet, 9. September 1911.) Ein ganz ungewöhnliches Einwandern der Bilharziaparasiten auf die Genitalorgane hat M. in 2 Fällen beobachtet, von denen der eine die Erscheinungen einer tuberkulösen Epididymitis bei der klinischen Untersuchung darbot, während beim anderen blutige nächtliche Pollutionen das erste Krankheitssymptom bildeten. Der erste Patient, ein 14jähriger Ägypter, wurde mit gutem Erfolg operiert. Bei der anatomischen Untersuchung des vermeintlich tuberkulösen Nebenhodens fanden sich zahlreiche Eier im Zentrum von reaktiven Indurationen. Bei diesem, wie auch beim anderen, einen eng-

Digitized by Google

lischen Soldaten betreffenden Fall fanden sich die Ova auch im Urin. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Extractum filicis maris. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Salvarsanwirkung bei Bilharziose nebst Bemerkungen über das Ausschlüpfen der Miraxidien, von Füllebobn und Werner-Hamburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.) Verfasser können die glänzenden Erfolge von Joannides mit Salvarsan bei Bilharziose nicht bestätigen (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 34). Weder ein Verschwinden der Bilharziaeier aus dem Urin, noch das Auftreten toter Mirazidien im Urin nach Salvarsanbehandlung spricht für Wirkung des Mittels. Andererseits ist eine Einwirkung des Salvarsans auf die Vitalität der Mirazidien oder der Elternwürmer auch nicht ganz auszuschließen. Aber auch ein Abtöten der Mirazidien im Körper des Kranken ist nach Loos nicht gleichbedeutend mit einer Heilung der Bilharziose.

Koblizk-Dresden.

Über eine für Pediculosis capitis charakteristische Hauterkrankung, von O. Salomon-Koblenz a. Rh. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Als in direktem ätiologischen Zusammenhang mit der Pediculosis capitis stehend beschreibt S. das Auftreten von teils prall gefüllten, teils schlaffen Blasen an den Endphalangen der Finger, wovon er 35 Fälle im Laufe der Zeit beobachtet hat. Ausnahmsweise sind diese Blasen, die bis zweimarkstückgroß werden, auch an den anderen Phalangen oder an der Handfläche lokalisiert. Sie enthalten eine seröse, oft blutig tingierte oder leicht eitrige Flüssigkeit, verursachen keine Schmerzen, sind ganz oberflächlich lokalisiert und treten fast immer multipel auf. Verfasser glaubt, die Affektion auf die Berührung mit einem Sekret oder Leibesbestandteil der Läuse zurückführen zu müssen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Feldzug gegen die Läusekrankheit in den öffentlichen Schulen von Hâvre, von C. Huet. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 180.) Fritz Loeb-München.

Mißbildungen.

Hypertrichosis, deren Behandlung mit X-Strahlen, von Samuel Stern-New York. (New York med. Journ., 6. Jan. 1912.) Verfasser hebt mit Recht hervor, daß in Fällen, wo es sich um geringgradige Hypertrichosis, d. i. um eine nur beschränkte Anzahl von Haaren handelt, die Elektrolyse wohl immer noch die Methode der Wahl bleiben wird, daß aber auch bei sorgfältigster Technik Rezidive vorkommen und immer wieder Behandlung nötig ist, bis die Follikel völlig zerstört sind. In Fällen ausgedehnten Haarwuchses, der entfernt werden soll, empfiehlt sich vielmehr Anwendung der Röntgenstrahlen, und zwar mit wiederholten kurzen Sitzungen, wie S. nun an mehr als 100 Fällen, die er in den letzten 10 Jahren behandelte, erfahren hat. Wichtig ist natürlich, daß alle von Hypertrichosis nicht befallenen Teile sorgfältig geschützt werden, besonders auch Schleimhäute, Lippen, Augenbrauen, Augen usw. St. beginnt mit drei Behandlungen pro Woche von 5 Minuten Dauer und verringert allmählich Länge und Häufigkeit der Expositionen; über den ersten Grad einer Dermatitis, welche zur Epilation notwendig ist, geht er nicht hinaus. In diesem Stadium fallen die Haare aus, und 14 Tage bis drei Wochen nach der letzten Behandlung bekommt die Haut wieder ihr normales Aussehen. Die Durchschnittsdauer der Behandlung beträgt 4—8 Wochen, je nach der Empfänglichkeit des Patienten. Falls Rezidiv eintritt, so sind das zweite Mal viel weniger X-Strahlen notwendig, als bei der ersten Behandlung. Als nachteilige Folgen der X-Strahlen-Anwendung sind eine spezielle Art von Telangiektasie, ferner runzelige oder weiß-atrophische Beschaffenheit der behandelten Hautstellen zu erwähnen; zur Vermeidung der letzteren wären nach Verfassers Erfahrung gleichzeitig mit der

Digitized by Google

Röntgenisierung häufige Anwendung von Hochfrequenzströmen und Massage (um die Rückkehr normaler Hautzirkulation zu erleichtern) zu empfehlen. Dem weiteren Einwand bezüglich der Länge der notwendigen Behandlung begegnet schließlich Verfasser damit, daß mit der Elektrolyse, die zudem bei ausgedehnten Fällen nicht ratsam sei, die Behandlung infolge zuweilen unausbleiblicher Rückfälle oft Jahre erfordere.

Stern-München.

Tylosis palmaris et plantaris, von LEWIS THATCHER. (Edinburgh Journ., 1912, S. 342.) Der Verfasser bringt die Krankengeschichten von drei Kindern mit dieser Affektion. Heredität ist bei solchen Fällen stets ein hervorstechender Faktor. Besonders zu erwähnen ist in diesen Fällen das Vorkommen von schweren Gesundheitsstörungen in der Familie, Deformation der Hände und Lokalisation auf Stellen, die einem Drucke ausgesetzt sind. Histologisch findet sich Verdickung der Hornschichte, Vermehrung der Stachelzellen, Verdickung des Rete und Verlängerung der Papillen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Nävus des behaarten Kopfes, von DESNEUX. (Journ. de Bruxelles, 1912, S. 50.) Ein kongenitaler Nävus, der das ganze Schädeldach einnahm und die Hirnwindungen nachahmte. Richard Frühwald-Leipzig.

TERELINSKI: **Eigentümlicher Fall von keratoseähnlichem systematisierten Nävus (hornartiger Nävus).** (Russki Wratsch, 1911, Nr. 43, S. 1642.) Beschreibung eines Falles von hornartigem Nävus, der seinen Sitz auf der vorderen Hälfte des Penisschaftes eines jungen Mannes, in der Mittellinie, von der Wurzel bis zur Eichel hatte. Auch histologisch ließ sich der Fall weder streng zum Nävus, noch streng zum Hauthorn rechnen, da er einerseits alle Merkmale eines Nävus aufwies und andererseits stellenweise ein so starkes Überwiegen der Hyperkeratose ergab, daß alle anderen histologischen Veränderungen zurückgedrängt wurden. Arth. Jordan-Moskau.

Über die experimentelle Erzeugung eines Nävus pigmentosus, von ZIELER. (Verhandl. d. Dtsch. Pathol. Gesellsch., 1907.) Bei einem Kranken mit Xeroderma pigmentosum wurde eine Hautstelle mit KROMAYERschem Quarzlampenlicht behandelt; ein zwei Monate später an dieser Stelle beobachteter Pigmentfleck wurde histologisch untersucht. Hiernach ist die Bildung als Naevus pigmentosus aufzufassen und ihre Entstehung aus dem Narbengewebe anzunehmen. Arthur Schucht-Danzig.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Wege und Ziele der modernen Urologie, von C. POSNER. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Diese ausgezeichnete Rede, welche in der Eröffnungssitzung der Berliner urologischen Gesellschaft am 16. Jan. 1912 gehalten wurde, eignet sich nicht zum Referat. Arthur Schucht-Danzig.

Über einige neue urologische Apparate, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Die hier geschilderten Apparate sind: 1. ein vom Verfasser modifiziertes neues Führungszystoskop, 2. ein Operationszystoskop mit scharfer Polypenzange nach SCHLAGINTWEIT, 3. ein Bicondé-Spüldilatator, bei welchem Verfasser die Spindel in das Zwischenstück eines bicondéartigen Instrumentes verlegt hat, 4. ein Prostatatermophor, wo eine lange schmale Glühbirne als Wärmequelle dient, und 5. eine Vorrichtung zur getrennten Auffangung des Harns bei Ureterkatheterismus.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung der sogenannten essentiellen Inkontinentia urinae beim Kind durch die Methode der epiduralen Injektion von künstlichem Serum, von R. Ch. M. CURET. (Thèse de Bordeaux, 1910.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Enuresis und Schilddrüsenextrakt von A. C. D. Firth-London. (Lancet, 1911, 9. Dez.) Verfasser hat nach der Empfehlung von L. Williams eine Serie von 28 Kindern mit Thyreosidextrakt wegen Enuresis nocturna behandelt. Die Anfangsdosis betrug 0,015 bis 0,03 täglich; es wurde allmählich gesteigert bis auf 0,12 und sogar bis auf 0,27. Das Alter variierte von 3 bis 12 Jahren. Von den 28 Kindern zeigten 12 gar keine Änderung, aber bei 16 war eine ausgesprochene Besserung und in einigen Fällen eine vollständige Heilung zu verzeichnen. Es fiel auf, daß unter den besonders günstig beeinflußten Kindern ein großer Prozentsatz von allgemein mangelhaft entwickelten Individuen sich befanden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Enuresis nocturna der Kinder, von C. Rutnäh-Baltimore. (Amer. Journ. med. scienc., 1912, Feb.) Verfasser gibt einen Auszug aus der neueren Literatur zu diesem Thema. Ihm selber hat von medikamentösen Mitteln das Atropin in dreisten Dosen die besten Resultate geliefert. Er verschreibt gewöhnlich eine Lösung von 0,06 Atropinsulphat in 60,0 Wasser und gibt nachmittags und beim Schlafengehen je eine Dosis. Man beginnt mit einem bis zwei Tropfen pro dosi und steigert täglich um je einen Tropfen, bis die Gabe so groß ist, daß Gesichtshyperämie sich bald nach dem Einnahmen bemerkbar macht. Dann vermindert man um einen Tropfen und gibt diese Portion, bis das Bettnässen etwa 14 Tage lang ausgeblieben ist, worauf man tropfenweise die Dosis bis zum Nullpunkt vermindert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie der Harnverhaltung, von E. Portner-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 44.) In den Vordergrund der Besprechung stellt Verfasser die kapilläre Blasenpunktion als einfaches Mittel auch für den allgemeinen Praktiker. Etwas wesentlich Neues bringt er nicht. Arthur Schucht-Danzig.

Neurotische Retentio urinae, von H. M. Eyres-Richmond. (Brit. med. Journ., 1912, 2. März.) Zur Behandlung der auf nervöser Basis beruhenden Urinverhaltung ist von anderer Seite die rektale Injektion von Glyzerin empfohlen worden. E. schildert einen kürzlich erlebten Fall, bei welchem die Verabreichung von 8 ccm Glyzerin in dieser Weise keinerlei Einfluß auf die Harnblase ausübte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pseudohermaphroditismus femininus, von Ringel-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Bei einem 6jährigen Kinde, das von kreisärztlicher Seite als ein Knabe mit Mißbildung der Genitalorgane bezeichnet worden war, führte R., in der Meinung eine Hypospadia peniscrotalis mit Kryptorchismus vor sich zu haben, zunächst eine (mißlungene) Penisoperation aus und ging später zur Spaltung des Leistenkanals über, um den Hoden womöglich zu reponieren. Hierbei und bei der später ausgeführten Laparatomie ergab sich das Vorhandensein von gut entwickelten weiblichen inneren Genitalorganen. Durch plastische Operationen wurde dann der weibliche Charakter auch des äußeren Sexualapparates in befriedigender Weise hergestellt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis des „fraglichen Geschlechtes" (homines neutrius generis [Virchow]), von Leopold Arzt-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 6, 1912.) Genaue Mitteilung einer Beobachtung über eine Person, bei der es trotz genauer Untersuchung nicht möglich war, eine sichere Geschlechtsbestimmung vorzunehmen. Der äußere Aspekt des Genitals zeigte weibliche Formen; von der Vagina aus, in die zwei Finger knapp eingeführt werden können, läßt sich ein kleiner Uterus fühlen und zu beiden Seiten davon Gebilde, die Ovarien oder männliche Keimdrüsen sein können. Die sekundären Geschlechtscharaktere sind teils weiblich, teils männlich. Verfasser weist die Bezeichnung Pseudohermaphroditismus für solche Fälle zurück. W. Lehmann-Stettin.

Spermasekretion aus der Harnröhre eines Weibes. Ein Mann mit vollkommen weiblichen äußeren Genitalien, von Magnus Hirschfeld und Ernst

Digitized by Google

Burchard-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Die Verfasser teilen den bisher niemals beobachteten Fall mit, daß aus einer weiblichen Harnröhre bei normal weiblichen Genitalien eine lebende Spermatozoen enthaltende Samenflüssigkeit ejakuliert wurde. Die hier beschriebene 20jährige Person zeigte von Jugend an rein männliche Neigungen, trotzdem sie äußerlich weibliche Geschlechtsorgane aufwies. Die Menstruation hatte sich nie eingestellt, und mit 14 Jahren war Stimmwechsel eingetreten. Auch in ihrem Sexualempfinden war sie vollkommen männlich. Bei der Untersuchung der Genitalien zeigten die Scheide, mit unverletztem Hymen, die ziemlich großen Schamlippen, Klitoris, Praeputium clitoridis und die Harnröhrenöffnung weder nach ihrer Beschaffenheit noch nach ihrer Lage irgend welche Abweichungen von den normal weiblichen Verhältnissen. Bei der vaginalen Untersuchung konnte man einen anteflektierten, hypoplastischen Uterus von Pflaumengröße mit einer kleinen Portio uteri im oberen Scheidengewölbe, deren quer gespaltener Muttermund etwas nach vorn steht, fühlen. Eierstöcke ließen sich nicht mit Sicherheit nachweisen. Rechts vom Uterus konstatierte man ein kleines, festes Gebilde, dessen Verbindung mit dem Uterus sich wegen der Schwierigkeit der Untersuchung nicht genau feststellen ließ. Bei der rektalen Untersuchung fanden sich gewisse Resistenzen, die aber nicht mit Sicherheit als Prostata oder Samenbläschen angesprochen werden konnten. Ferner wurde unzweifelhaft festgestellt, daß sich bei der Masturbation aus der Urethra eine Flüssigkeit ergoß, welche vom Biologen als richtiges Sperma mit lebenden menschlichen Spermatozoen erklärt wurde. Im gerichtlichen Gutachten wurde infolgedessen, obwohl weder Keimdrüsen noch Prostata gefunden werden konnten, das betreffende Individuum für männlich erklärt.

Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von Geroderma genitodystrophicum, von Donato de Chiara. (La riforma med., 1911, Nr. 45.) Der Patient ist 60 Jahre alt und seit dem 42. Jahre verheiratet. Seine Frau ist aber Virgo geblieben und klagt jetzt wegen Impotenz ihres Mannes auf Ehescheidung. Es handelt sich um einen typischen Fall mit senilem Aussehen, Unelastizität und Schlaffheit der Haut, Fehlen der Behaarung an den Geschlechtsteilen, Dystrophie der Genitalien und Falsettstimme. Gunsett-Straßburg.

Die Veränderungen der männlichen Sexualorgane im Greisenalter, von E. Remete-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1912, Nr. 1.) R. skizziert kurz die Anatomie der Organe und sagt, daß im Greisenalter das Parenchym der Nieren abnimmt und das Stroma dagegen zunimmt. Er gedenkt der Prostatahypertrophie und erwähnt, daß das Ligamentum interureterium erhabener ist als bei jungen Personen. Außer diesen Nichtigkeiten nichts Erwähnenswertes. Porosz-Budapest.

Über die Anwendung der heißen Luft in der Behandlung der Erkrankungen der männlichen und weiblichen Urogenitalorgane, von Maurice Gouhut. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege bei männlichen Säuglingen, von Gertrud Hepner. (Inaug.-Diss., Kiel 1910.) Mitteilung von 10 Fällen, Besprechung der Literatur und der Therapie. Fritz Loeb-München.

Die spezifische Behandlung der bazillären Infektion der Harnorgane, von G. Michaelis. (Fol. serol., 1911, Bd. 7, H. 1.) Den bakteriellen Infektionen der Harnwege müßte im Interesse der Patienten eine größere Beachtung geschenkt werden. Da aber die bislang gebräuchlichen Methoden nicht unter allen Umständen einen dauernden Heilerfolg garantieren, müßte nach Ansicht des Verfassers ein weiteres bei uns nur wenig gewürdigtes Verfahren herangezogen werden, nämlich die in England allgemein eingeführte Vakzinierung nach Wright. An 25 Fällen, von denen der größte Teil von

Digitized by Google

Kolibazillosen gebildet wurde, hat Verfasser das genannte Verfahren mit bestem Erfolge durchgeführt, wie aus seinen zum Teil eingehender mitgeteilten Krankengeschichten erhellt. Die Immunisierung wird stets mit den aus dem Organismus des Patienten selbst gezüchteten Bakterienstämmen ausgeführt, welche nach biologischer Identifizierung zum Vakzin verarbeitet werden. Die Behandlung erfolgte stets unter regelmäßiger Kontrolle des opsonischen Index vor und während der Behandlung. Für die Bestimmung des opsonischen Index wurden stets die vom Patienten stammenden Stämme verwendet. Bezüglich sonstiger technischer Angaben sei auf das Original verwiesen. Die Dauer einer Vakzinationskur beträgt 2—3 Monate, ev. länger. Als abgeheilt gilt ein Fall dann, wenn keine Bakterien mehr aufzufinden sind. Eine längere Kontrolle der Patienten ist notwendig, da der durch die Immunisierung gewährte Schutz zeitlich begrenzt ist. Bei ev. Rezidiven erscheint eine erneute Vakzination von meist abgekürzter Dauer wünschenswert. Die Bakterientherapie verdient nach Ansicht des Verfassers jedenfalls eine weit größere Beachtung, als ihr bislang in Deutschland geschenkt wird, und sollte auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten der Harnorgane ein integrierender Bestandteil der Heilmethoden werden. Graetz-Hamburg.

Über die Koliinfektion der Harnwege, von C. Franke-Heidelberg. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Verfasser sah bei der Injektion der Dickdarmlymphgefäße, daß außer den üblichen Bahnen entlang den Gefäßen vom Colon ascendens Lymphbahnen zur Kapsel der rechten Niere und zu den lumbalen Drüsen gehen, während die Bahnen entlang den Gefäßen vom Colon descendens ohnehin über die Kapsel der linken Niere ziehen. Ferner sah er bei mit Opium gestopften Tieren nach ca. 5 Tagen Bacterium coli in die mesenterialen Lymphdrüsen übertreten. Diese Befunde sprechen für die häufig vorhandene Möglichkeit einer deszendierenden Koliinfektion der Harnwege.

Arthur Schucht-Danzig.

Kolibazilleninfektion der Harnwege, von R. M. Rawls-New York. (Med. Record, 7. Okt. 1911.) Verfasser hat eine größere Anzahl von Fällen dieser Art zu beobachten Gelegenheit gehabt und zieht aus diesen und einem Rückblick über die einschlägige Literatur folgende Schlußfolgerungen: 1. Bei einer gewissen Anzahl von Erwachsenen wird auch in gesunden Tagen der Bacillus coli von Lymph- und Blutgefäßen der Eingeweide aufgenommen und in den Nieren abgesetzt. Zahl und Virulenz dieser Mikroorganismen wechseln je nach der Art und Intensität der Darmstörung. 2. Die Hauptursache einer Infektion der Harnwege mit Bacillus coli liegt vor allem in Störungen des Urinabflusses und einem dadurch nach rückwärts verursachten Druck. 3. Die Anfangssymptome einer solchen Infektion mit Bacillus coli werden oft für einen leichten Blasenkatarrh angesehen, während der Sitz der Affektion meist viel höher ist und die Erkrankung viel schwerer. 4. Bei akuten Symptomen werden oft Appendizitis, Malaria, Schwangerschaftstoxämie und Nephritis angenommen, besonders nach gynäkologischen Operationen. W. Lehmann-Stettin.

Infektion der Harnwege mit Bacterium coli, von R. M. Rawls-New York. (Med. Record, 24. Febr. 1912.) Verfasser berichtet ausführlich über 8 Fälle von 18 beobachteten, von denen 14 im Anschluß an operativen Eingriff auftraten. In einer Reihe dieser Fälle scheint ihm die Infektion sicher eine hämatogene gewesen zu sein.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Beteiligung der Ureteren an den akuten Blasenentzündungen nebst Bemerkungen über ihre Fortleitung durch die Lymphbahnen der Ureteren, von Shichitaro Sugimura-Japan. (Virchows Arch., Bd. 206, H. 1.) Die Ureteren beteiligen sich fast stets mehr oder weniger an der akuten Blasenentzündung, bei anscheinend

Digitized by Google

nicht veränderter Uretermündung auf dem Wege durch die Lymphbahnen der Ureteren. Dabei sind an der Schleimhaut der Ureteren nur wenig Spuren von der Entzündung zu finden. Auf der Schleimhaut läßt sich kein kontinuierliches Aufsteigen der Entzündung von der Uretermündung her nachweisen. Dies stimmt mit einer von früher her bekannten Tatsache überein, daß die Ureterschleimhaut bei der aufsteigenden einfachen Entzündung der oberen Harnwege manchmal sehr wenig affiziert ist. Es ist merkwürdig, daß bei der akuten Blasenentzündung fast ausnahmslos im unteren Abschnitt des Ureters in den Lymphbahnen der Muskularis und Adventitia und auch der Submukosa viele Infiltrationsherde auftraten. Sie stehen im Intramuralteile des Ureters mit denen der benachbarten Blasenmuskelhaut und weiter mit denen der entsprechenden Blasenschleimhaut in Zusammenhang. Aus dieser Tatsache läßt sich schließen, daß die akute Harnblasenentzündung als solche nicht auf die Blasenwand beschränkt bleibt, sondern durch die Lymphbahnen des Ureters nach der Niere hin aufsteigt. Auch bei der chronischen, nicht spezifischen Blasenentzündung, sowie bei der sog. absteigenden einfachen Entzündung der oberen Harnwege besteht deutlich die Beteiligung der Lymphbahnen des Ureters. Schourp-Danzig.

Bemerkungen über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose des uropoetischen Systems, von S. West-London. (Lancet, 11. Nov. 1911.) Enthält nichts eigentlich Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Genitaltuberkulose in Verbindung mit der Nierentuberkulose, von Leonardo Perez del Yerro-Madrid. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 5.) Der Verfasser teilt fünf typische Krankengeschichten mit, welche beweisen, daß meistens die Genitaltuberkulose eine Folge der renalen Tuberkulose ist. A. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen über Nieren- und Blasentuberkulose, von Leopold Casper-Berlin. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 39.) Nicht nur bei beiderseitigem Eiterharn, sondern in jedem Falle von Nierentuberkulose, in welchem aus der zweiten Niere sedimentfreier Harn abgeschieden wird und in welchem auf Grund der funktionellen Prüfung oder auf Grund anderer Erwägungen Zweifel an der Intaktheit der fraglichen Niere bestehen, soll ein Tierexperiment angestellt werden, ehe man zur Operation schreitet. Schourp-Danzig.

Aszendierende Nierentuberkulose, von Basja Siew. (Inaug.-Diss., Zürich 1910.) Verfasser zeigt an der Hand der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen, daß eine aszendierende Nierentuberkulose existiert; ihr Vorkommen sei aber im Vergleich mit der primären deszendierenden Nierentuberkulose so selten, daß sie praktisch keine große Rolle spielt. Fritz Loeb-München.

Über Antisepsis der Harnwege, von E. Remete-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 7.) Verfasser fügte dem Urotropin zur Steigerung seiner Wirkung Acidum camphoricum bei. Dies rief in dem Magen und den Harnorganen Nebenwirkungen hervor. Meister Lucius & Brünning stellten ein einheitliches Salz, kampfersaures Hexamethylentetramin, her. Von diesem Heilmittel machten die Kranken ohne Nebensymptome Gebrauch. In subakuten und chronischen Fällen verminderte es den Harndrang und die Schmerzen. Bei akuten Erkrankungen, namentlich bei akuter Tuberkulose, steigerte es den Harndrang. Die Diurese steigert sich hauptsächlich in Fällen von Pyelitis und Pyelonephritis. Es zieht eine lebhaftere Durchspülung der Harnwege nach sich. Es entfernt das lockere Epithel und ruft so eine raschere Regeneration des Epithels hervor, den Harn macht es sauer und verhindert seine Zersetzung. Es ist von antiparasitärer Wirkung und hat auch harnsäurelösende Eigenschaften. Kontraindikationen sind: akute Zystitis, akute Tuberkulose im Anfangsstadium. In Dosen von 0,5—0,7 g übertrifft es

Digitized by Google

die bisherigen Harnantiseptika. An der Hand von 30 Fällen bietet Verfasser eine tabellarische Vergleichung mit den übrigen Harnantiseptizis, die aber nicht einwandfrei ist. Porosz-Budapest.

Beitrag zur Kenntnis der Behandlung der Erkrankung der Harnwege mit Balsamizis und internen Antiseptizis, von Georges Pasquet. (Inaug.-Diss., Paris 1911, Nr. 441.) Die gleichzeitige Anwendung von Salol, Urotropin und Santalol hat einen deutlichen günstigen Einfluß auf die verschiedenen Affektionen der Harnwege. Bei akuter Blennorrhöe kann die interne Behandlung sogleich begonnen werden, ohne daß das Leiden dadurch chronisch wird. Bei chronischer Blennorrhöe läßt der Ausfluß unter dieser Behandlung bald völlig nach. Sie führt bei Zystitis, besonders der Prostatiker und Blennorrhoiker, zu einer Klärung des Urins, einem Verschwinden der Schmerzen und einer schnellen Besserung des Allgemeinzustandes. Auch bei beginnenden Pyelonephritiden kommt es unter dieser Behandlung zur baldigen Heilung. Sind gleichzeitig Nierenläsionen vorhanden, so bedeutet dies keineswegs eine Kontraindikation. Auch in diesen Fällen wird eine bemerkenswerte Besserung erreicht. Irgend welche unerwünschte Nebenwirkungen fehlen. Empfehlenswert ist gewöhnlich eine längere Behandlung mit allmählicher Verminderung der Dosen der Medikamente. Die oben genannte Kombination von Salol (0,05), Urotropin (0,05) und Santalol (0,2) wird mit „Eumictine" (Leprince) bezeichnet. (Der Optimismus des Verfassers scheint dem Referenten etwas übertrieben.) Fritz Loeb-München.

Bakteriologische Untersuchungen über die Wirksamkeit des Myrmalyds als Harndesinfiziens, von Esch-Marburg. (Ztschr. f. gynäk. Urol., 1911, Nr. 1.) Verfasser hat das von Casper und A. Citron schon als Harndesinfiziens empfohlene Myrmalyd = Hexamethylentetramin-Natriumformikat, d. h. eine Verbindung von Urotropin mit ameisensaurem Natrium, einer erneuten klinischen Prüfung unterzogen. Auf Grund von zahlreichen an einigen Krankheitsfällen ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen bewies das Präparat eine hervorragende bakterizide Kraft gegenüber dem Bacterium coli und besonders auch gegenüber den Staphylokokken. Es ist daher zu empfehlen zur Prophylaxe und Therapie der postoperativen Zystitis und zur Therapie der akuten und chronischen infektiösen Prozesse der Harnwege, die durch Kolibakterien und Mischinfektionen bedingt sind. Nach günstig ausgefallenen Laboratoriumsuntersuchungen sind Versuche mit der Darreichung des Myrmalyds zur Therapie der Typhusbakteriurie zu empfehlen. Die wirksame Dosis ist 4—6 Tabletten = 2—3 g pro die. Fendt-Wiesbaden.

a. Penis, Urethra, Blase.

Operationszystoskop zur Entfernung gestielter Tumoren, von Henry Meyer-San Franzisko. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 3.) Verfasser hat ein Instrument konstruiert, das das Nitzesche in verschiedener Richtung übertreffen soll. Die Hauptvorteile sind folgende: Die Schlinge ist vermieden, der Tumor wird von zwei Kauterenbranchen von unten gefaßt, in die Höhe gehoben und dann mit der mitgefaßten Schleimhaut entfernt; die Handhabung soll leicht sein. Das Instrument kann außerdem mit Leichtigkeit gebraucht werden zur Entfernung von Fremdkörpern und kleinen Steinen. Die Operationen verlaufen blutlos und können ohne Anästhesie und Berufsstörung des Pat. ausgeführt werden. Die Blase soll mit 200—250 ccm sterilen Wassers gefüllt werden. Fendt-Wiesbaden.

Hypospadie dritten Grades, von A. Lakshmi-Pathi-Chintadirpet. (Brit. med. Journ., 1911, 11. Nov.) Verfasser schildert den Fall eines 12jährigen Hinduknaben,

Digitized by Google

bei dem die Mißbildung derartig war, daß man das Kind bisher für ein Mädchen gehalten hatte. Von einer operativen Korrektur mußte abgesehen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hypospadie des Penis beim Kinde, von Ombrédanne. (Presse méd., 1911, Nr. 84.) Beschreibung eines Operationsverfahrens, das im speziellen in der Originalabhandlung eingesehen werden muß. Gunsett-Straßburg.

Der augenblickliche Stand der Hypospadieoperation, von Erich Karl Beck-New York. (Med. Record, 7. Okt. 1911.) Beschreibung der chirurgischen Technik. Verfasser hat 80 Proz. aller von ihm gesehenen Hypospadiefälle bei jüdischen Kindern gefunden, und bei diesen sehr häufig die Öffnung am Rande der Vorhaut, während an der Eicheloberfläche eine kleine Impression auf eine früher vorhandene normale Harnöffnung hinwies. Er glaubt, daß manche dieser Fälle durch unsachgemäße Beschneidung artifiziell entstanden sind und regt den Gedanken an, daß die Zirkumzision nur vom Arzt bzw. Chirurgen vorzunehmen gesetzlich erlaubt sein sollte.

W. Lehmann-Stettin.

Über die plastischen Indurationen der Corpora cavernosa, von Jean-Jaques Zislin. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 115.) Die plastischen Indurationen sind sehr verschiedener Natur und Ätiologie, aber ihre Symptomatologie, ihre Entwicklung und Prognose ist fast identisch in allen Fällen. Die charakteristischen sklerotischen und fibrösen Veränderungen werden sowohl in manchen Fällen chronischer lokalisierter Kavernitis angetroffen, als auch bei den entzündlichen und traumatischen Formen dieser Krankheit und bei Gumma des Penis. Die exakte Erklärung der Pathogenese ist selten zu geben. Meist zeigen sich ältere Individuen befallen, nicht selten aber auch jüngere Leute und gelegentlich sogar Kinder. Das Leiden ist schmerzhaft und geht mit Deformationen des Gliedes einher, die den Koitus erschweren und sogar unmöglich machen können. Die Entwicklung dieser Indurationen ist eine langsame und ihr Wachstum stets begrenzt. Obzwar die Prognose relativ günstig ist, können die komplizierenden Schmerzen und Störungen des sexuellen Rapports zu ausgesprochen neuropathischen Beschwerden führen. Die Diagnose bereitet keine sonderlichen Schwierigkeiten. Die Therapie erweist sich als ziemlich ohnmächtig. Nur die Anwendung der Elektrizität kann eine Besserung und besonders eine Verminderung des Schmerzes herbeiführen. Selbst in anscheinend rein syphilitischen Fällen hat die spezifische Behandlung keinen Erfolg. Wirklicher Nutzen ist nur von einem blutigen Eingriff zu erwarten, der aber zweckmäßigerweise nur bei jungen Leuten mit voller genitaler Aktivität, bei heftigen Schmerzen und Verhinderung des Koitus vorzunehmen ist. Fritz Loeb-München.

Eine seltene Verletzung des Penis, von W. Merkens-Oldenburg. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 111, Heft 1—3.) Ein Arbeiter stellte sich zum Urinieren außen an eine Stalltür und hielt das Glied durch den Türspalt nach dem Innern des Stalles; er glitt aus und schlug mit dem Knie die Tür zu, wobei der Penis eingeklemmt wurde. Durch einen kräftigen Zug an der Peniswurzel suchte er das Glied zu befreien, was aber erst nach Öffnung der Tür gelang. Der Penis war bis auf den Hautschlauch völlig durchgequetscht; Schwellkörper und Harnröhre waren vollkommen durchtrennt. Wegen bald eintretender Gangrän mußte der Penis amputiert werden. Schourp-Danzig.

Diphtheroide Bazillen des Penis, nebst Bericht über zwei Fälle von Diphtherie im Anschluß an Zirkumzision, von John A. Kolmer-Philadelphia. (Arch. of Pediatrics, Febr. 1912.) Von der Eicheloberfläche von 100 kleinen Jungen wurden Kulturen angelegt, die in 40 Fällen Mikroorganismen ergaben, die morphologisch den echten Diphtheriebazillen glichen, aber anscheinend nicht virulent waren für Meer-

Digitized by Google

schweinchen; daß sich aber auch ebensogut echte Diphtheriebazillen finden können, beweisen zwei Fälle, die Verfasser mitteilt, in denen bei $1^1/_2$—2jähr. Knaben im Anschluß an die Zirkumzision eine echte Hautdiphtherie entstand.

W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Kenntnis des Peniskrebses mit besonderer Berücksichtigung der erektiven Form, der Diagnose und der Behandlung, von A. J. A. B. J. Laborde. (Inaug.-Dissert., Bordeaux 1911, Nr. 88.) Es gibt eine ganz besondere klinische Form des Peniskrebses, für welche der Verfasser den Namen der „forme érectante" vorschlägt. Diese Form ist für die Diagnosestellung um so wichtiger, als sie sich durch eine besonders große Malignität auszeichnet. Wie bei allen anderen Formen von Peniskrebs gibt es auch hier nur eine Therapie: der chirurgische Eingriff, der aus obigem Grunde besonders frühzeitig und umfangreich vorgenommen werden muß, ohne aber auch dann das Leben wesentlich zu verlängern. Verfasser teilt acht einschlägige Beobachtungen mit und fügt seiner Arbeit ein elf Seiten umfassendes Literaturverzeichnis bei.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis des Peniskrebses, seine Behandlung und deren Resultate, von Emile Laux. (Inaug.-Dissert., Montpellier 1911, Nr. 109.) Bietet außer der Mitteilung von zehn Fällen nichts Erwähnenswertes. Fritz Loeb-München.

Amputation des Penis und der Corpora cavernosa bei einem 28jährigen Individuum wegen Epitheliom, von Le Clerc-Dandoy. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Außer dem jugendlichen Alter des Patienten zeigt der Fall nichts Besonderes.

A. Gunsett-Straßburg.

Komplette Penisamputation durch eine eifersüchtige Frau. In die Blase geschlüpfter Katheter, der vier Wochen später mit dem Lithotripter entfernt wurde, von G. Frank Lydston und Harold F. Steeve-Chikago. (New York med. Journ., 3. Febr. 1912.) Interessanter Beitrag zur Kenntnis der Penisverletzungen. Dem Patienten wurde im Schlafe von seiner Frau aus Eifersucht der Penis mittels eines Rasiermessers vollständig abgeschnitten (etwa $2^1/_2$ cm von der Symphysis entfernt); der Arzt kam erst nach ca. 40 Minuten und fand den Patienten halb ohnmächtig und dem Verblutungstode nahe. Unter geeigneter chirurgischer Behandlung erfolgte nach drei Wochen glatte Heilung, aber es passierte das Mißgeschick, daß der Katheter, welcher nach der Operation noch in der Blase bleiben mußte, in die Blase schlüpfte und plötzlich „vermißt" wurde. Die zystoskopische Untersuchung entdeckte den in der Blase liegenden Katheter, und es gelang erst nach einmal mißglücktem Versuche, mittels Lithotripters den Katheter zu extrahieren; gegen die beträchtliche Blutung, welche dabei vorkam, wurde mit Erfolg Tavenalin angewandt, von da ab völlige Heilung. Stern-München.

Über den therapeutischen Wert des urethralen Katheterismus bei der Behandlung vereiterter Pyelitiden, von Cl. Penel. (Thèse de Lyon, 1910.)

Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung der Krankheiten der hinteren Harnröhre, von John A. Hawkins-Pittsburgh. (New York med. Journ., 3. Febr. 1912.) Die Krankheiten des hinteren Teiles der Harnröhre allein mit Sonden und Instillationen zu behandeln, geht heutzutage, wo unsere Kenntnisse über Ätiologie und Pathologie dieser Zustände bedeutend erweiterte sind, nicht mehr an, sondern wir sind verpflichtet, zu diesen Hilfsmitteln noch die Urethro- und Zystoskopie als wertvollste Ergänzung hinzuzufügen. H. empfiehlt zur Urethroskopie das von Bentley Squier modifizierte Fenwicksche Instrument, das den Vorteil hat, daß der Lampenträger frei beweglich — näher oder entfernter dem Objekt — ist, und an der Spitze desselben zwei Linsen, eine Plus- und eine Minuslinse, zur Vergrößerung des Bildes mit den verschiedenen Längsröhren vor-

Digitized by Google

handen sind. Außerdem hat sich das Wapplersche (schräge Gesichtsfeld-) Zystoskop für Untersuchungen sehr bewährt, und H. erklärt es für das einzig brauchbare Zystoskop für die hintere Harnröhre neben jenen von Buerger und Pilcher. Striktur des tiefen Teiles der Harnröhre kommt in den Ringsfasern an der Verbindungsstelle zwischen Blase und Harnröhre vor und ist nach H.s Ansicht stets eine Folge von Entzündung. Spülungen mit einer 0,05%igen Lösung von Chinin und salzsaurem Harnstoff geben nach H.s Erfahrung ebenso gute Erfolge, wie irgend andere zu den Ausspülungen empfohlenen Mittel; das Kal. permanganat. erwies sich H. keineswegs als so hervorragend und befriedigend in den Resultaten, wie es allgemein hingestellt wird, und er hält schwache Lösungen von Acid. nitr. (5—8 Tropfen der offizinellen Säure auf 1 l) für ebenso wirksam und viel sauberer. Papillome des tieferen Teiles der Harnröhre brauchen nicht mit dem Platinbrenner, sondern können vermittels des Randes der Harnröhrentube leicht entfernt werden. Chronische Blennorrhöe des hinteren Harnröhrenabschnittes bedarf langer Zeit zur Behandlung, und H. möchte hier besonders vor dem „Zuviel" warnen: der Einführung einer genügend weiten Sonde folgen Ausspülung mit Chininbisulfatlösung oder Höllensteininstillationen, worauf in der nächsten Sitzung lokale Applikation mittels des Urethroskops folgt; späterhin kommt Anwendung des elektrischen Stromes 0,5—3 MA. von 3—5 Minuten Dauer, am besten mittels Hochfrequenzströmen), sog. Kataphorese. Die Behandlung der Entzündung der verschiedenen Teile des Verumontanum schließt Lokalapplikation vermittels Endo- und Zystoskops, Kataphorese und innere Mittel ein; 15% Arg. nitr., mittels eines Wattebäuschchens appliziert, hat bessere Resultate gegeben, als alle anderen lokalen Mittel oder auch schwächere Arg.-Lösung. Von allgemein tonischen Medikamenten, die bei der oft vorhandenen Neurasthenie, Obstipation, Appetitlosigkeit benötigt sind, empfiehlt H. vor allem Strychnin, dann Chinin, Bäder (laue), Massage usw., während Balsamika bei diesem Stadium der Harnröhrenerkrankung gar nicht angezeigt sind. Stern-München.

Chronisches Harnröhren-Jucken, von Geza Greenberg-New York. (New York med. Journ., 17. Febr. 1912.) Verfasser hält Jucken in der Harnröhre für eine relativ gewöhnliche Erscheinung, der in den Handbüchern wenig Aufmerksamkeit geschenkt werde. Ätiologisch nimmt er lokale und allgemeine (konstitutionelle) Ursachen an. Unter ersteren sind Polypen, die meist an der Pars pendula sitzen, die häufigsten Ursachen, dann fibröse Strikturen, Granulationen, Fremdkörper in der Harnröhre, Zysten, zuweilen auch blennorrhoische Urethritis, Prostatitis und Vesikulitis. Abnorme Bestandteile des Urins, wie Zucker, Eiweiß, Oxybutter-, Diazetsäuren, Azeton und besonders große Mengen normaler Bestandteile, wie Urate, Phosphate usw. können ebenfalls Juckgefühl in der Harnröhre auslösen. Von konstitutionellen Ursachen sind es Rheumatismus, Gicht, Neurasthenie, Magen-Darmstörungen, Masturbation, Alkoholismus. Die Behandlung muß natürlich in erster Linie die Beseitigung der Ursache im Auge haben. In sehr hartnäckigen Fällen, wo die Ursache nicht ermittelt werden konnte, ist Erleichterung mit einer Ichthyol-Resorzin-Salbe, mittels Salbensonde zu applizieren, erzielt worden. Sorge für Stuhlgang, stärkemehlhaltige Kost (Reis, Hafermehl) sind zu empfehlen, rohes Fleisch möglichst zu meiden, Darmintoxikation muß bekämpft, das Nervensystem entsprechend behandelt und die Therapie überhaupt darauf gerichtet sein, den Urin rein zu gestalten. Stern-München.

Behandlung der chronischen Urethritiden, von Luis Gonzales Bravo und Carlos Negrete. (Rev. Ibero Amer., Februar 1912, Nr. 90.) Der Artikel enthält nichts Neues. A. Gunsett-Straßburg.

Primäre, durch Mikrobien verursachte, nicht blennorrhoische Urethritis, von P. Allanche. (Thèse de Montpellier, 1910.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Chronische Urethritis posterior, Vesikulitis und Epididymitis bei älteren Männern, von M. B. Barker-Chikago. (Med. Record, 27. Jan. 1912.) Die vom Verfasser beschriebenen Fälle haben ihre Ursache nicht in einer Infektion, insonderheit nicht solcher blennorrhoischer Natur, sondern sind hervorgerufen durch die Irritation unbefriedigter sexueller Erregungen. In solchen Fällen, die bei gewöhnlicher Behandlung im allgemeinen sehr unbefriedigend verlaufen und immer rezidivieren, hat Verfasser nach dem Vorgang von Cheatwood eine Vasektomie vorgenommen. Er beschreibt genauer die Technik seines operativen Vorgehens und gibt an, daß er auf diese Weise bereits 11 Patienten geheilt hat. W. Lehmann-Stettin.

Ein Beitrag zur Histologie und Genese der kongenitalen Divertikel der Harnröhre des Mannes, von Suter. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 87, Heft 1.) Verfasser hat die bisher mitgeteilten Fälle von angeborenem Divertikel der Harnröhre gesammelt und bringt dann eine eigene Beobachtung: Bei dem 48jährigen Manne fand sich in der Mittellinie im vorderen Teil des Hodensacks eine wallnußgroße weichelastische Geschwulst, in der sich der Katheter fing; beim Urinlassen füllte sie sich und ließ sich am Schlusse des Miktion ausdrücken. Der Endoskoptubus ließ sich leicht in die Tasche einführen und zeigte sie mit blasser Schleimhaut ausgekleidet. Bei der Operation ließ sie sich leicht freipräparieren und wurde dann exzidiert; der Defekt in der Harnröhre wurde vernäht. Mikroskopisch zeigte sie sich als Zyste mit deutlicher Dermaauskleidung, der Haare, Talg- und Schweißdrüsen fehlten. Man kann daher diese angeborenen Divertikel nicht als einfache Ausstülpungen der Harnröhrenwand, sondern muß sie als epidermoidale Taschen auffassen, die mit der unteren Harnröhrenwand kommunizieren..

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Verengerungen der Harnröhre beim Manne und bei der Frau, von B. Blanich. (Thèse de Montpellier, 1911.)

Fritz Loeb-München.

Verengerungen der Urethra bei der Frau, von I. Manificat. (Thèse de Montpellier, 1911.) Fritz Loeb-München.

Die Strikturen nach Harnröhrenverletzungen und ihre Behandlung, von Legueu. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 8.) L. empfiehlt, in diesen Fällen immer die Resektion des verletzten Harnröhrenteils auszuführen und zwar in zwei Zeiten. Zuerst werden nach der Resektion die beiden Öffnungen der Urethra in die Haut vernäht. Zwei bis drei Monate später wird die Urethra durch Autoplastik mit und durch die Haut wiederhergestellt. Die Epidermisoberfläche des einen Lappens gibt die innere Wand des zu ersetzenden Harnröhrensegments, die blutende Oberfläche des zweiten Lappens wird auf diejenige des vorigen gelegt und durch Nähte fixiert. Auf diese Weise kommt man immer zu einem befriedigenden Resultate. A. Gunsett-Straßburg.

Strikturen der Harnröhre beim Manne, von W. B. Brouner-New York. (Med. Record, 1. Okt. 1910.) Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Tuberkulöse Harnröhrenstrikturen, von H. Minet. (Rev. de Thèr. méd. chir., 21/10.) Die Beobachtungen stützen sich auf sieben Autopsien und einige fünfzehn Operationen. Es kommen vier Formen von tuberkulöser Harnröhrenverengerung vor: 1. Sie ist absolut latent, und man findet sie zufällig bei der Untersuchung eines Harn- oder Genitaltuberkulösen. Hier ist es dann nötig, eine andere Form der Urethritis vollkommen auszuschließen. 2. Es besteht daneben eine floride oder abgelaufene periurethrale Tuberkulose. 3. Es bestehen funktionelle Erscheinungen einer Striktur, und nur eine daneben bestehende Harntuberkulose läßt an eine tuberkulöse Natur dieser Striktur denken. 4. Es handelt sich um eine primitive Urethraltuberkulose, welche

Digitized by Google

anfangs für entzündlich, kongenital oder syphilitisch gehalten wird. Hier ist die Untersuchung auf Tuberkelbazillen im Harn und den Urethralsekreten mit Überimpfung auf das Meerschweinchen das sicherste Mittel für Stellung der Diagnose, die aber bei negativem Ausfall der Untersuchung zweifelhaft bleiben kann, solange eine periurethrale Komplikation oder selbst die Operation nicht die Zweifel beheben.

Was die Therapie betrifft, so ist bei mit periurethralen Abszessen komplizierten Strikturen zuerst eine Behandlung dieser Abszesse und Fisteln und Eröffnung, Kauterisation und Resektion angezeigt. Fehlen die periurethralen Suppurationen, so ist die Behandlung der tuberkulösen Striktur nur eine palliative und symptomatische. Dilatationen und innere Urethrotomie sind mit Vorsicht anzuwenden.

A. Gunsett-Straßburg.

Neue elektrolytische Instrumente zur Behandlung von Urethralstrikturen, von Li Virghi. (Giorn. internaz. d. scienc. med., 1911, Bd. 18.) Verfasser verfügt jetzt über 100 Fälle von Urethralstrikturen, die er elektrolytisch behandelt hat; er rühmt die größere Schnelligkeit und Sicherheit gegenüber den alten Methoden. Die Instrumente sind im Original abgebildet. Haas-Hamburg.

Wie soll man die Rupturen der Urethra im bulbären Teil behandeln? von Ch. Lenormant. (Presse méd., 1912, Nr. 16.) Empfehlung der Methode von Heitz-Boyer. Dieselbe besteht in der Naht der Urethra bei gleichzeitiger temporärer Ableitung des Urins aus einer mehr blasenwärts gemachten Öffnung, welche bis zur Vernarbung der Naht offengehalten wird. A. Gunsett-Straßburg.

Über Urethralplastik durch freie Transplantation des Wurmfortsatzes, von Ed. Streissler-Graz. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 95, Heft 3.) St. hat drei Fälle von penisskrotaler Hypospadie durch Überpflanzung der Appendixschleimhaut operiert; die überpflanzte Appendix heilte in jedem Falle glatt ein. Schourp-Danzig.

Zur operativen Behandlung großer Harnröhrendefekte, von G. Ekehorn-Upsala. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 2.) Mitteilung von zwei Fällen, in denen durch Inzision oberhalb der Peniswurzel ein Lappen gebildet wurde, welcher zur Deckung des Harnröhrendefektes benutzt werden konnte. Schourp-Danzig.

Äußere Urethrotomie, von C. L. Gibson-New York. (Med. Record, 6. Aug. 1910.) Verfasser beschreibt seine Operationstechnik, die der Beschreibung nach sehr viel für sich zu haben scheint, besonders ihrer Einfachheit halber, die aber ohne die dem Originalartikel beigefügten Abbildungen nicht verständlich ist. W. Lehmann-Stettin.

Über einen Fall von hämophiler Blutung aus der Harnröhrenschleimhaut, von Alfred Schubert. (Inaug.-Dissert., Königsberg i. P. 1910.) Durch Bougieren wurde in dem betreffenden Fall eine leichte Läsion der Schleimhaut gesetzt, die zu einer unbedeutenden Blutung führte; unter dem Einfluß einer durch schweres Heben bedingten Blutdrucksteigerung kam es auf der durch Blennorrhöe hyperämisierten Schleimhaut — vielleicht an der vorher lädierten Stelle — zu einer spontanen Blutung, die durch Hämophilie besonders stark wurde.

Eine örtliche Behandlung in der Harnröhre ist nicht leicht durchzuführen; immerhin könnte man versuchen, in die Umgebung der blutenden Stelle Serum zu injizieren oder es in die Harnröhre einzuspritzen. Auch Lösungen von Adrenalin oder Gelatine könnten zu einer örtlichen Behandlung in der Harnröhre herangezogen werden. Daneben kämen noch die Thermokauterisation der blutenden Stelle und die Tamponade mit Jodoformgazestreifen in Betracht. Allgemein therapeutisch könnte man subkutane Injektionen von Kochsalz verwenden; daneben ist zu versuchen, die Viskosität des Blutes zu erhöhen durch Gelatineeinführung per os, subkutan oder per rectum.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Merkwürdiger Fremdkörper der Urethra, von P. Cifuentes. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 4.) Mittels Urethrotomia externa wurde aus der Urethra eines 44jährigen Patienten ein 9 cm langes Stück Bleistift entfernt. A. Gunsett-Straßburg.

Ausstoßung von 29 Steinen aus der Urethra, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero-Amer., 1911, Nr. 87.) Es handelte sich um eine Lithiasis renalis aseptica. 29 Steine hatten sich spontan in der Urethra angesammelt und konnten aus derselben ohne Mühe entfernt werden. Gunsett-Straßburg.

Harnröhrenkonkremente, unter besonderer Berücksichtigung der eingekapselten Konkremente der Pars prostatica urethrae, von K. W. Monsarrat-Liverpool. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Verfasser bringt die ausführlichen Krankengeschichten von drei Fällen, bei denen er Konkremente in Divertikeln der Pars prostatica urethrae antraf und operativ beseitigte. Nach dem anatomischen Befunde ist anzunehmen, daß die Entstehung der Hohlräume bei allen drei Fällen einen sekundären, durch die Anwesenheit eines oder mehrerer Steinchen verursachten Vorgang darstellt. Ihrer chemischen Zusammensetzung nach bestanden die Konkremente aus phosphorsaurem und oxalsaurem Kalk in variabeln Proportionen. Zur Technik der Operation ist zu bemerken, daß die perineale Inzision erhebliche Vorteile gegenüber dem hohen Blasenschnittt darbot. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Konkrementen in der Pars prostatica urethrae, von R. L. Spittel-Colombo. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Bei einem 20jährigen Singalesen, der seit etwa Jahresfrist an häufigem Urindrang und an allmählich sich hochgradig steigernden Beschwerden der Urinentleerung gelitten hatte, fand S. bei Ausführung des hohen Blasenschnittes nebst einem in der Blase liegenden Steine zwei miteinander artikulierende Steinchen (2 cm und 1,4 cm im Längendurchmesser) in der Pars prostatica urethrae; nach Entfernung der Fremdkörper erfolgte vollständige Genesung. Verfasser nimmt an, daß die Harnröhrenkonkremente an Ort und Stelle entstanden waren, was aus verschiedenen Umständen auch wahrscheinlich ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Steine in der Urethra prostatica, von Ch. Taicheire. (Thèse de Montpellier, 1911.) Fritz Loeb-München.

Fremdkörper in der Urethra und der Blase, von Leclerc-Dandoy. (Policlinique, 1911, S. 324.) Bei einer Urethrotomia interna brachen das filiforme Bougie und der Haken des Elektrolytors ab. Entfernung durch Urethrotomia externa.
Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zu den Erkrankungen des Sphincter vesicae internus und der Urethra posterior, von H. Wossidlo-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 23.) Seit der Möglichkeit einer Urethroscopia posterior hat man bei Patienten, die über unangenehme Sensationen, Druck usw. in der Gegend der hinteren Harnröhre klagten, endoskopisch nachweisbare Veränderungen in der Urethra posterior nachgewiesen, insbesondere spielen polypöse Wucherungen in dieser Beziehung eine Rolle.
Arthur Schucht-Danzig.

Pituitrin als Blasentonikum, von R. Hofstaetter-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Die Tierexperimente von Frankl-Hochwart und Frohlich, die gezeigt haben, daß das Pituitrin nicht nur die Muskulatur des Uterus, sondern auch die der Harnblase erregt, haben den Verfasser veranlaßt, das Mittel bei postoperativer und postpartaler Harnblasenatonie anzuwenden; er ist dadurch oft in die Lage versetzt worden, das lästige und nicht selten auch Infektion schaffende Katheterisieren zu vermeiden. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Die sensible Innervation von Darm und Harnblase, von A. Froehlich und H. H. Meyer. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Eine Reihe Versuche, aus denen unzweideutig hervorgeht, daß die Empfindlichkeit der Blasenschleimhaut nicht durch den sympathischen Nervus hypogastricus und auch, abgesehen von der Sphinktergegend, nicht durch spinale Nerven, die vom Beckenboden her zur Blase treten (Nervi pudendi und Nervus haemorrhoidalis post.) vermittelt wird, sondern ausschließlich durch die sakralautonomen Nervi pelvici, die durch die hinteren Wurzeln der drei Sakralnerven (beim Hunde) afferente schmerzvermittelnde Fasern zum Rückenmarke und weiter hinauf zum Großhirn senden. W. Lehmann-Stettin.

Über ungewöhnliche klinische Formen der primären Blasentumoren, von F. Le Moine. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 163.) Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Blasentumor, von S. Pascual-Paris. Im Anschluß an einen Fall von Blasentumor, dessen Natur nicht diagnostiziert werden konnte, macht der Verfasser einige allgemeine Bemerkungen über Blasentumoren und hebt hervor, wie ungemein schwierig — auch im Zystoskop — die Feststellung der Natur eines Blasentumors ist. Lediglich der Umstand, daß ein Tumor gestielt oder nicht gestielt ist, läßt einen Schluß auf Benignität oder Malignität zu. A. Gunsett-Straßburg.

Über den Einfluß von Blasentumoren auf die Niere und besonders über die Anurie im Gefolge der Neubildungen der Harnblase, von F. F. H. Hervier. (Thèse de Bordeaux, 1910.) Fritz Loeb-München.

Zur Therapie der Blasengeschwülste, von L. Casper-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 51.) Im Gegensatz zu Kutner, welcher bei der intravesikalen Geschwulsttherapie nur den Gebrauch der galvanokaustischen Schlinge zulassen will, betont Casper, daß er nur noch mit der kalten Schlinge arbeitet und bessere Resultate, insbesondere weniger Nachblutungen hat. Arthur Schucht-Danzig.

Über die totale Entfernung der Harnblase bei der Frau wegen Blasenkrebs, von R. Du Laurens de la Barre. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Blasenmyome bei der Frau, von A. Thomas. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Prof. agrégé Felix Legueu, Chirurgien am Hôpital Laennec in Paris, wurde zum klinischen Professor der Krankheiten der Harnwege (Nachfolger von Albarran) ernannt.

Die an der Universität Bukarest neu begründete Professur für Urologie wurde dem leitenden Arzte am dortigen Hospital Coltzea, Priv.-Doz. P. Herescu, einem Schüler von Guyon, übertragen.

In Lüttich wird eine klinische Professur für Urologie eingerichtet, für welche Dr. Hogge in Aussicht genommen ist.

Priv.-Doz. Dr. Iwan Christianowitsch Dzirne-Moskau, bekannt als Urolog, ist daselbst zum Professor der Chirurgie ernannt worden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Juli 1912 | Nr. 30 | Band 55

Aus dem Laboratorium der dermatologischen Klinik (Prof. Reiss) zu Krakau.

Die Histologie der Urticaria perstans papulosa.

Von

Prof. Dr. Franz v. Krzysztalowicz.

(Mit 2 Tafeln.)

Der Begriff der Urtikaria darf heutzutage nicht mehr bloß in einer Einteilung derselben in eine akute oder chronische bestehen, und indem man vom modernen Standpunkte aus die Urtikariagruppe bespricht, dann soll man nicht in solchem Maße die Effloreszenzen allein, die doch in verschiedener Form vorkommen können, berücksichtigen, vielmehr aber den diversen klinischen Verlauf einer Krankheitsform und verschiedene Umwandlungen der Effloreszenzen während einer Dauer in Betracht ziehen.

Es ist wohlbekannt, daß es prinzipielle Unterschiede zwischen verschiedenen Urtikariaformen gibt, und zwar zwischen den nach geringer mechanischer Reizung auftretenden Effloreszenzen einer Urticaria factitia, die ebenso schnell, ohne jede Spur zu hinterlassen, vergehen und andererseits zwischen den Ausbrüchen von Urticaria chronica pigmentosa bei Kindern, deren Quaddeln lange andauern und Pigmentflecke nach sich lassen, endlich zwischen der letzteren Form und einer Urtikaria, die bei Erwachsenen zutage tritt, mehrere Wochen, ja auch Monate in derselben Gestalt besteht, unter einem leichten Trauma sich erneuert und langdauernde Pigmentflecken hinterläßt. Wir wissen auch, daß die einen Formen entweder als selbständige Erkrankungen oder als Nebenerscheinungen bei anderen Krankheiten oft zur Beobachtung gelangen, die anderen dagegen nur selten vorkommen, weshalb sie auch unter allen Hauterkrankungen zu den Seltenheiten gehören.

Es genügt also nicht mehr alle Krankheiten, die man Urtikaria nennt, in akute und chronische einzuteilen, sondern in den letzteren solche auszuscheiden, deren Effloreszenzen trotz zahlreichen und öfteren Rezidiven rasch vergehen, wie auch diejenigen Formen, bei welchen die entstandenen Papeln lange bestehen und welche unter dem Namen Urticaria perstans bekannt sind. Es hat aber bereits Willan zwei Arten von persistierender Urtikaria unterschieden, und zwar eine, bei welcher die lange bestehenden Quaddeln nur eine Röte zeigen und eine zweite, bei welcher diese nach ihrem Verschwinden eine länger dauernde Pigmentation hinterlassen. Dieser persistierenden Urtikaria, die in den ersten Kinderjahren aufzutreten pflegt, jahrelang andauert, zu Pigmentation führt und als Urticaria chronica pigmentosa am besten bekannt ist, muß man die eigentliche Urticaria perstans, gewissermaßen eine Sonderform, zur Seite stellen. Indem ich daher über den Zusammenhang dieser beiden Urtikariaarten nicht diskutieren will, möchte ich nur die papulöse persistierende Form bei den Erwachsenen besprechen, die in der dermatologischen Klinik zu Krakau zur Beobachtung gelangte.

Das größte Verdienst in der Aufklärung der bleibenden Urtikariaform (U. perstans)

Digitized by Google

hat zweifelsohne F. J. Pick, der im Jahre 1881 sich auf Mitteilungen von Willan und Cazenave stützend, die Urticaria perstans als eine besondere Form der Krankheit beschrieben hat. Seit dieser Zeit sind nur einige Fälle von dieser Urtikariaart publiziert worden, woraus man schließen kann, daß solche Krankheitsbilder gewiß nicht oft vorkommen.

Mein Fall war folgender:

Kasimir Ch., 21 Jahr alt, als Drechsler bei einer Eisenfabrik beschäftigt; Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Der Kranke selbst hat in der Kindheit öfters Angina und von 2 Jahren eine Pneumonie überstanden.

Die Krankheit begann vor 10 Monaten, indem damals an der Brustfläche einige (6—7) Papeln entstanden sind; mit der Zeit hat sich die Anzahl der Effloreszenzen am Thorax vergrößert und gleichzeitig sind auch neue an den Extremitäten zum Vorschein gekommen.

Pat. ist mittelkräftig, fühlt sich aber gesund. In den inneren Organen lassen sich keine Veränderungen nachweisen; Appetit ist gut, Stuhl regelmäßig. Die Blutuntersuchung hat nichts Abnormes nachgewiesen, es wurden im Blut keine Mastzellen gefunden (Dr. Kostrzewski)[1]).

Am zahlreichsten an der Brust, am Rücken und am Bauche, weniger zahlreich am Gesäß, an den Oberschenkeln und Oberarmen und nur vereinzelt an den Unterschenkeln und Unterarmen, beobachtet man Papeln und Flecken, die ganz einzeln, begrenzt und nirgends konfluierend in der Haut eingebettet erscheinen. Die Papeln sind von Hirsegröße, etwas über die Hautoberfläche erhaben, von rötlichbrauner Farbe und fast alle mit braunem Saum umgeben. Die einen sind gegen die Umgebung scharf begrenzt, die anderen scheinen mehr diffus zu sein, andere wiederum so abgeflacht und von unregelmäßigen Umrissen, daß sie dem untersuchenden Auge mehr als Flecken imponieren. Erst beim Betasten erkennt man ein vollkommen begrenztes Infiltrat in der Haut. Die Oberfläche der einen Art von Papeln ist glatt, nur leicht gespannt, der anderen etwas gefaltet, wodurch dieselben den syphilitischen Papeln ähneln, während die zweite Art mehr an Pigmentmäler gemahnen. Es gibt aber auch unter ihnen einige, die an ihrer Oberfläche eine schlaff gespannte Vesikel tragen.

Zwischen den einzelnen Papeln trifft man hier und da stark pigmentierte, tiefbraune, glatte Flecken; bei einzelnen von ihnen sind in der Mitte nadelkopfgroße Papelchen zu sehen.

Das Bild aller dieser beschriebenen Effloreszenzen entspricht daher nicht dem gewöhnlichen Typus der Urtikaria, denn es kam nirgends eine typische Quaddel zur Beobachtung. Der Kranke gibt auch an, daß dieser Ausschlag niemals mit einer Quaddel, wohl aber immer mit kleinen Papeln, und zwar ohne Begleitung von Jucken oder Brennen, eingesetzt hat. Erst beim Reiben der Papeln konnte leicht eine Rötung und nachher auch Quaddeln hervorgerufen werden, die rasch nach der Reizung aufzutreten pflegten. Dabei soll auch bemerkt werden, daß das Symptom des Dermographismus, jedoch beim vollkommenen Mangel der Kratzeffekte, an der ganzen Hautoberfläche äußerst leicht hervorgerufen werden konnte.

Aus der weiteren Beobachtung soll erwähnt werden, daß im Laufe eines Monats die Anzahl der Papeln von derselben Gestalt, hauptsächlich am Rumpfe, stieg, und daß die Salvarsaninfusion (0,20 g) auf die Entwickelung neuer und das Verschwinden alter Effloreszenzen durchaus keinen Einfluß ausübte.

Aus dem klinischen Bilde soll also hervorgehoben werden, daß im Laufe dieses Krankheitsprozesses keine typischen Quaddeln beobachtet wurden, und daß der Kranke auf das Gefühl von Jucken, welches die Entstehung der Urtikariaquaddeln gewöhnlich zu begleiten pflegt, niemals klagte. Erst eine mechanische Reizung der schon lange bestehenden Papeln pflegte ein Ödem und eine Rötung in der Gestalt von Quaddel, die langsam verging, hervorzurufen. Es soll aber dabei auch in Betracht gezogen werden, daß die Urticaria factitia dabei bestand und daß die ganze Oberfläche die Eigenschaft besaß, auf mechanische Reize mit Urtikation zu reagieren.

Obwohl also schon die klinischen Beobachtungen gewissermaßen

---

[1]) Dem Herrn Kollegen Kostrzewski spreche ich meinen besten Dank für die Untersuchung der inneren Organe und des Blutes aus.

Digitized by Google

darauf hinwiesen, daß wir in diesem Falle mit Urticaria perstans papulosa, und zwar mit Pigmentbildung zu tun haben, so hat erst die mikroskopische Untersuchung der Effloreszenzen die Diagnose im vollen Maße bestätigt und nachgewiesen, daß die Papeln zur Urtikariagruppe gehören, da die Zellelemente und ihre Anordnung zweifelsohne auf diesen pathologischen Prozeß hinwiesen.

Zum histologischen Zweck wurden vier Papeln von verschiedener Gestalt ausgeschnitten, nämlich die gut entwickelten, mit glatter und verruköser Oberfläche, eine andere mit einer Vesikel, endlich auch ein Pigmentfleck mit zentraler Infiltration.

Was die Färbung der Schnitte anbelangt, soll angegeben werden, daß von mir zuerst die Polychrom. Methylenblau-Glyzerinäthermischung-Methode und die Pol. Methylenblau-neutrale Orceinlösung nach Unna, dann aber auch die von Schwenter-Trachsler (spirituöse Alaunlösung von Pol. Methylenblau) angegebenen Methoden sowohl wie die Pappenheim-Unnasche Färbemethode angewendet wurde. Zum Vergleich habe ich auch die von Dominici empfohlene Färbemethode (Eosinorange-Thionin) und viele andere benutzt. Alle diese Färbemethoden, die für die Mastzellenfärbung anempfohlen worden sind, haben mir gute Dienste geleistet, da die Körnung dieser Zellen innerhalb und außerhalb der Zellelemente, besonders durch die Schwenter-Trachslersche Methode, eminent in Kontrastfarbe tingiert zur Beobachtung kam, wodurch die Zellgebilde in dem Gewebe studiert werden konnten.

Die meist auffallenden Veränderungen waren in allen ausgeschnittenen Papeln in der Kutis, nämlich in den oberen Partien, nachweisbar. Da beobachtet man große Haufen von Zellen, die, zusammengedrängt liegend, die oberen Teile der Kutis einnehmen und das ganze Epithel teilweise etwas gespannt nach oben hervorwölben. Fig. 1. Diese Zellkomplexe sind gegen die Kutis ziemlich scharf abgegrenzt und nur hier und da sind längliche Zellenhaufen unter dem Tumor, in oder ohne Verbindung mit demselben, wahrzunehmen. In dem Tumor selbst, wie auch in den außerhalb demselben liegenden Zellenanhäufungen, ist leicht schon in schwacher Vergrößerung zu ersehen, daß diese Zellen die Gefäße begleiten und in der Papel selbst senkrechte Säulen, dagegen unterhalb derjenigen längs der Gefäße und ihrer Abzweigungen unregelmäßige Figuren bilden. Unter dem Epithel erscheint ein schmaler Streifen der Pars papillaris, welcher die Zellenanhäufung nach oben abgrenzt und wo sich nur hier und da einzelne von derselben Zellenart auch vorfinden.

In dem Tumor selbst liegen die Zellen an einigen Stellen dicht nebeneinander gedrängt, und nur zwischen diesen Haufen kommen Territorien zum Vorschein, wo man neben den charakteristischen Zellen auch andere, sich anders färbende, beobachtet. Der Kontrast in der Färbbarkeit dieser Zellenarten ist sehr auffallend, so daß man schon bei schwacher Vergrößerung der mit Pol. Methylenblau-Glyzerinäther-Methode gefärbten Schnitte mit Leichtigkeit wahrnehmen kann, daß die Haufen aus zusammengedrängten Mastzellen gebildet sind und daß dagegen die zwischen denjenigen eingedrängten Zellen vermehrte Bindegewebszellen sind. Am

Digitized by Google

besten sieht man natürlich diese Differenz zwischen diesen Zellarten an den Stellen, wo die Mastzellen in geringerer Zahl vorgefunden werden.

In einer Papel, die zufälligerweise ein Follikel in der Mitte besitzt, gehen die Zellenhaufen bis zum Epithel hinauf, längs der Gefäße, welche das Follikelgebilde und die Talgdrüse umgeben. Die Mastzellen sind aber nicht nur auf diese Gefäße des Follikeltrichters beschränkt; sie liegen vielmehr auch in der Umgebung, wodurch ebenfalls ein Tumor, wie der oben beschriebene, entsteht, nur mit demjenigen Unterschiede, daß hier die Zellenanhäufung längs der Follikelgefäße tiefer, beinahe bis zum Unterhautgewebe, hineinragt. Dasselbe gilt auch für die Knäueldrüse, obwohl die Zellinfiltration niemals den Knäuel selbst umgibt.

Es soll endlich zugegeben werden, daß, obwohl die Mastzellenanhäufung in allen exzidierten Knötchen hervorragend ist, so gibt es doch einen Unterschied in der Zellenmenge zwischen den älteren und den frischeren Gebilden. In einer Papel, die nach der Angabe des Kranken wenigstens seit zwei Monaten dauerte, sind die Mastzellen weniger zahlreich, da zwischen denjenigen auch zahlreiche Bindegewebszellen zum Vorschein kommen. In der Papel dagegen, welche frischeren Datums ist, sind die Mastzellen mehr angehäuft, sie liegen mehr zusammengedrängt und die Bindegewebszellen sind zwischen denjenigen nur spärlich.

Man beobachtet auch, daß das ganze Epithel über dem letzterwähnten Knötchen etwas gespannt erscheint, wodurch die Papillen stellenweise applaniert zutage treten. In den älteren Papeln aber sind die Epithelfortsätze fast normal und nur hier und da zu welligen Linien ausgezogen.

In allen ausgeschnittenen Papeln kommt dem Epithel eine intrazelluläre Ansammlung von braunem feinkörnigen Pigment zu, das die untersten Epidermislagen in größerer Menge aufnehmen, als es in normaler Haut vorzukommen pflegt. In der Kutis selbst, besonders in der Papillarschicht, habe ich auch Pigment vorgefunden, besonders aber in einer länger dauernden, flachen Papel, die mit breit umgebenden Pigmenthofe umgeben erscheint. Da, wo noch große Mastzellenhaufen sich befinden, ist das Pigment nur im Epithel in größerer Menge angehäuft, da nicht nur die niederste Zellenreihe, aber auch die höher liegenden Schichten Pigmentkörner aufweisen. In der Umgebung dieses Mastzellentumors dagegen, wo diese Zellelemente nur spärlich vorkommen, trifft man nicht nur in der Papillarschicht aber auch tief in der Kutis Pigmentkörner zu, welche meistens in Zellengestalt zutage treten. Man beobachtet also Körner, die in Haufen von verschiedener Form zusammengemengt auftreten und dadurch Zellen mit gekörntem Zytoplasma nachahmen. Die Körner sind rundlich oder mehr oval, nebeneinander angeordnet, wodurch sie sich nur durch die charakteristische gelbbraune Verfärbung von der Mastzellenkörnung unterscheiden. Fig. 2.

Es gibt aber im Epithel von zwei von den untersuchten Effloreszenzen neben vermehrtem Pigment bedeutende Veränderungen, welche von der Intensität des Ödems der ganzen Kutis ein besonderes Zeugnis liefern. In der einen Papelart sind, wie ich das schon erwähnt habe, nur etwas verkürzte Epithelfortsätze, die eine wellige Linie bilden und eine größere Pigmentanhäufung in einer oder zwei unteren Zellenreihen zu sehen,

Digitized by Google

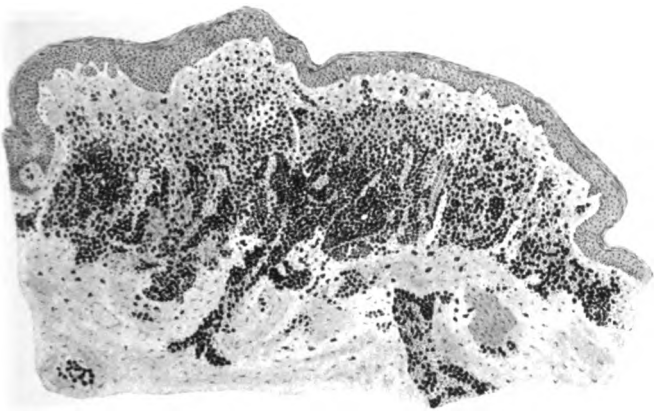


Fig. 1.

Fig. 2.

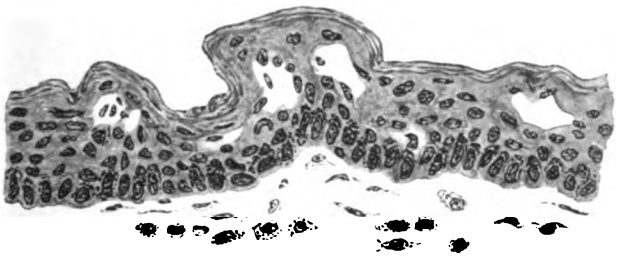


Fig. 3.

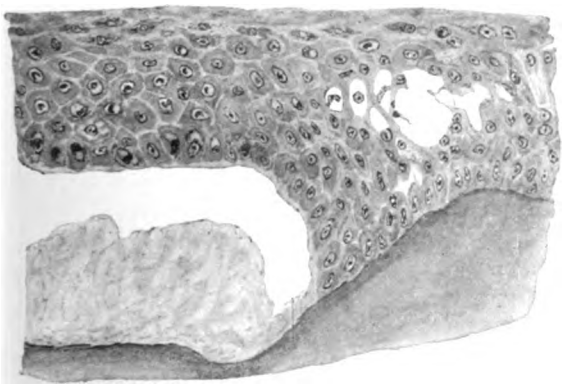


Fig. 4.

Digitized by Google

Digitized by Google

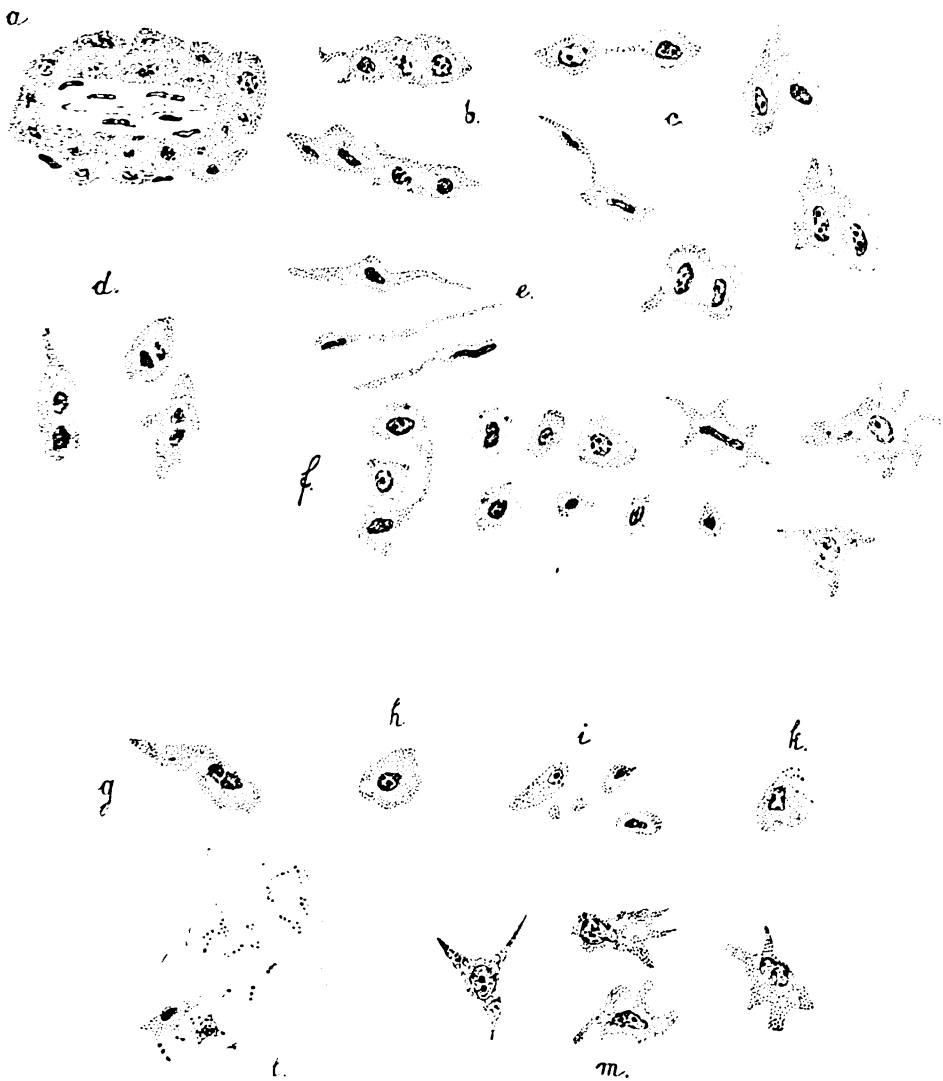


Fig. 5.

Digitized by Google

Digitized by Google

in der anderen dagegen kommen aber hauptsächlich Erscheinungen des Ödems zum Vorschein. Denn man beobachtet entweder freie Höhlen um die Kerne herum in den Zellen, oder aber Verdrängungsbläschen zwischen den Zellwänden. Diese kleine Vesikeln liegen unter der Hornschicht oder auch tiefer im Epithel, zwischen den Stachelzellen, die in der Umgebung der mit Flüssigkeit gefüllten Bläschen disloziert erscheinen. Fig. 3.

In einem Falle wird eine große Blase, die fast die ganze Oberfläche des Gebildes zwischen dem Epithel und der Kutis einnimmt, beobachtet. Fig. 4. Man sieht also, daß das ganze Epithel von der Kutis durch die hier angesammelte Flüssigkeitsmenge getrennt wird. Im Epithel selbst sind aber die Erscheinungen von Ödem in den Epithelzellen und in den Interzellularspatien ganz deutlich, und in der nächsten Umgebung der Blase kommen intra- und interzelluläre Bläschen zur Beobachtung. Die Flüssigkeit der Blase, die koaguliert in Schnitten erscheint, besitzt keine Zellelemente; auch im ödematösen Epithel, und zwar in allen oben beschriebenen Formen desselben sind, keine Wanderzellen zu erblicken.

Im Kutisanteil der mit Bläschen bedeckten Papeln sind die Erscheinungen des Ödems zwischen den Kollagenbündeln und Zellenhaufen ganz deutlich; dieselben kommen auch, obwohl leichteren Grades in allen Papeln, besonders in der Umgebung der Zellenanhäufung, zum Vorschein.

Wegen großen Reichtums von Mastzellen in diesen Gebilden, ist das Studium dieser Elemente wesentlich erleichtert. In den Mastzellenhaufen kommen meistens ovale Zellen zur Beobachtung, die nebeneinander dicht gedrängt, sich gegenseitig abplatten. Fig. 5a. Ihre Größe variiert an diesen Stellen nicht besonders; sie sind gewöhnlich so groß, wie die hypertrophischen Bindegewebszellen, die man bei allen chronischen Entzündungen findet und die auch zwischen den Mastzellen bei dieser Form von Urtikaria hier und da vorkommen und an einigen Stellen in Mehrzahl zutage treten. In diesen Haufen treten auch solche Mastzellen auf, welche nebeneinanderliegend die Gestalt einer Bindegewebszelle behalten und in unregelmäßiger Form sich vorstellen. Da sie dicht nebeneinander liegen und zuweilen, besonders längs des Gefäßes, eine Reihe von 3—4 und mehr Zellen bilden, Fig. 5b, machen sie den Eindruck, als ob sie aus einer Bindegewebszelle im Wege der Teilung entstanden seien. Zuweilen machen zwei neben sich liegende oder mit Ausläufern vereinigte Zellen denselben Eindruck (Fig. 5c) einer durch direkte Teilung entstehender Zelle. Man trifft auch hie und da, obwohl nur selten, Mastzellen mit zwei Kernen. Fig. 5d. Es ist natürlich dadurch nicht erbracht, daß die Mastzellen einer Teilung fähig sind, man könnte aber dadurch eher vermuten, daß die Mastzellenkörner in Bindegewebszellen im verschiedenen Momente ihrer Teilung sich entwickeln können.

Die Ähnlichkeit mit den Bindegewebszellen ist in diesem Falle sehr evident; es erscheinen ganz kleine, längliche Zellen, Fig. 5e, wie auch größere mit kurzen oder langen, spärlichen oder zahlreichen Ausläufern, rundliche oder ovale, sternförmige oder Spinnenzellen; ihre Gestalt ist also im allgemeinen sehr verschieden, beinahe so, wie die der Bindegewebszellen. Fig. 5f.

Die Kerne weisen auch diese Verschiedenheit der Form auf, wie dies in Bindegewebszellen zum Vorschein kommt; es gibt kleine Spindel-

Digitized by Google

zellen neben ovalen oder rundlichen, welche in den hypertrophischen Bindegewebszellen vorzukommen pflegen. Die einen färben sich blaß, die anderen haben mehr Chromatinkörner, die einen schimmern unter der Mastzellenkörnung durch, die anderen sind teilweise durch diese Körner bedeckt oder aber sie liegen nur von der Körnung lose umgeben. Diese Kernlage im Verhältnis zu den Körnern scheint im meisten Grade von dem zufälligen Durchschnitt der Zellen abzuhängen.

Die Mastzellenkörner, die meistenteils den ganzen Zellenleib einnehmen, sind in meisten Zellen von fast gleicher Größe; man beobachtet aber auch Zellen, deren Granula verschiedene Größe besitzen und nicht ganz regelmäßig nebeneinander liegen. Fig. 5 g. In den meisten Zellen sind die Mastzellenkörner mosaikartig angeordnet, so daß das Zellgerüst nicht zum Vorschein kommt und die Umrisse durch die regelmäßig angeordnete Granula gebildet sind. Die meisten von den Mastzellen sind auch mit diesen Körnern vollgepfropft, es gibt aber auch andere, in welchen das Zytoplasma freie Lücken aufweist. Diese Vakuolen sind nur ganz leicht rötlich verfärbt, besitzen auch keine Körner (Fig. 5 h) und liegen meistens unregelmäßig im Zytoplasma; ausnahmsweise sind sie auch als ein den Kern umgebender Hof wahrzunehmen. Fig. 5 i. Diese letzteren Zellen konnte ich in einer langdauernden Papel neben den Zellen nachweisen, bei welchen ein Teil der Peripherie zackig und ohne Zellwand erscheint (Fig. 5 k) und die Körner neben regelmäßiger Anordnung in der Zelle auch außerhalb derselben disseminiert liegen. Diese freie Körnung außerhalb den Mastzellen kommt vereinzelt oder in Gruppen an den Rändern der Mastzellen längs den Konglomeraten vor, oder aber erscheint dieselbe ganz frei in den Spatien zwischen den Kollagenbündeln. Fig. 5 l. Diese vereinzelten Körner nehmen genau dieselbe Farbe, wie die Mastzellengranula auf. Daß diese Körner frei liegen können, unterliegt keinem Zweifel, man sieht aber auch Körnergruppen, welche als Querschnitte von Mastzellenausläufern anzusehen sind, in welchen also natürlich kein Kern zum Vorschein kommt.

Ich habe schon mehrmals darauf hingedeutet, daß die Mastzellen den Bindegewebszellen ähneln, da man sehr verschieden geformte Zellen, mit Granula, welche den Kern ganz oder teilweise bedecken, vollgepfropft, zu sehen bekommt, es finden sich aber auch Mastzellen vor, an welchen das Zellgerüst einer Bindegewebszelle noch teilweise sichtbar ist. Fig. 5 m. Solche Zellen von verschiedener Form und Größe weisen an einigen Stellen ihres Zytoplasmas metachromatische rote Körnung, teilweise jedoch auch das Zytoplasma einer Bindegewebszelle auf, wodurch sie sich nur durch die sich an manchen Stellen im Zytoplasma befindenden charakteristischen Granula von gewöhnlichen Bindegewebszellen unterscheiden. Diese letzteren Zellen und die vorher zitierten Tatsachen (Form, Anordnung, die Verbindung der Zellen mit Ausläufern, die Gestalt der Kerne) weisen darauf hin, daß die Mastzellen des festen Gewebes als veränderte Bindegewebszellen angesehen werden sollen, was schon mehrere Autoren, wie Ehrlich, Unna, Westphal, Bäumer, Pappenheim, Schwenter-Trachsler u. a. bestätigten.

Wenn man die nächste Umgebung der kleinen, durch Mastzellen umgebenden Gefäße näher ansieht, Fig. 5 a, gewinnt man die Überzeugung,

Digitized by Google

daß die Mastzellen aus den Perithelien dieser Gefäße sich entwickeln können.

Es soll endlich erwähnt werden, daß man an einigen Stellen, besonders an der Peripherie großer Mastzellenhaufen, Gewebspartien findet, welche violettrote Färbung zeigen. Die Mastzellen dieser Gegend sind hier und da von einem der Farbe der Zellen entsprechenden violettroten Hofe umgeben und die Körner dieser Zellen sind gleichzeitig etwas verschwommen zu sehen. Die Mastzellen mit Höfen hat Unna beim Neurofibrom gefunden und im Karzinom der Haut eine breite Zone von imbibiertem Mastzellensaft um das Epithel herum konstatiert. Es wurde auch von Schwenter-Trachsler eine Imbibition des Gewebes in vivo mit aufgelöster Mastzellenkörnersubstanz in der Menschenhaut, in der Nasenschleimhaut vom Rinde, vom Hunde und Kaninchen nachgewiesen, Der letztere Verfasser hat dabei durch seine Färbungen nachgewiesen, daß von einer Identität des Mucins und der Substanz der Mastzellenkörnung keine Rede sein kann.

In dem beschriebenen Falle lassen sich also die klinischen Symptome gewissermaßen durch das mikroskopische Bild erklären. Am auffallendsten ist ohne Zweifel die braune Farbe der Effloreszenzen: braune Flecken, auf denen braune Papeln aufsitzen. Diese Braunfärbung wird durch das Anhäufen des Pigments in dem Epithel oder auch in der Kutis bedingt und die Papel wird durch den Mastzellentumor hervorgerufen. Die Oberfläche der einen Knötchen ist glatt, im histologischen Bilde wird auch das Epithel über dem Tumor leicht gespannt, die Papillengrenze erscheint nur wellig. In den anderen Papeln, deren Oberfläche gefaltet ist, sieht man deutliche Blasen unter dem Epithel oberhalb der Papillen oder kleine mikroskopische Bläschen im Epithel selbst. Die eigentlichen pathologischen Veränderungen sind in den oberen Partien der Kutis zu sehen. Wenn wir diese pathologischen Erscheinungen in der Haut mit anderen chronischen Prozessen vergleichen, so ist es auffallend, daß in keinem von den bekannten Krankheitsbildern solche Mastzellenanhäufung vorgefunden wird, es scheint mir daher die Anschauung gerechtfertigt zu sein, daß die Mastzelleninfiltration als ein charakteristisches Merkmal für Urtikaria betrachtet werden muß.

Unna war der erste, der die Anwesenheit der Mastzellen bei der persistierenden Urtikariaform nachgewiesen und auf die Konstanz, besonders große Anzahl und die Anordnung dieser Zellen hingedeutet hat. Die früheren Autoren, wie Thin, G. und F. E. Hoggan und C. Fox haben nur über große Zellenanhäufung gesprochen, über Zellen jedoch, die sie nicht erkannt haben. Unna beschreibt zwar diese Mastzellen bei Urticaria pigmentosa, die in der frühesten Kindheit entsteht und sich bis gegen die Zeit der Pubertät erhält, diese Urtikariaform ist aber mit der persistierenden Form von Pick, die in den späteren Lebensjahren

Digitized by Google

zum Vorschein kommt, gewiß eng verwandt. Der Mastzellentumor muß also als ein Charakteristikum für alle langdauernden Urtikariaformen gelten und ein histologisch wichtiges Merkmal derselben bilden. Dadurch kann daher im Mikroskop dieser und nicht ein anderer krankhafter Prozeß diagnostiziert werden, obwohl die klinischen Anzeichen in dieser oder jener Hinsicht variieren.

Alle Publikationen von Urticaria pigmentosa, bei welchen der Mastzellentumor vorgefunden wurde, betreffen Kinder. Es gibt auch einige Fälle von Bäumer, Jadassohn, Róna, Blumer, Brongersma, bei welchen die Affektion in die früheste Kindheit zurückdatiert werden mußte. In allen diesen Fällen hat man Mastzellen in verschiedener Menge gefunden. Und nach den Auseinandersetzungen verschiedener Autoren (Unna, Bäumer, Róna u. a.) bieten die Unterschiede in den Mastzellenbefunden durchaus nichts Charakteristisches dar. Sie sind durch die größere oder geringere Intensität eines und desselben Krankheitsprozesses bedingt. Nach Blumer besteht ein wahrer Mastzellentumor im Sinne Unnas nur in denjenigen Fällen, in welchen der Prozeß in der früheren Kindheit eingesetzt hat. Im Gegenteil hierzu ist der Beginn der Erkrankung in den Fällen mit disseminierten Mastzellen ganz unbestimmt. Er unterscheidet also Urticaria pigmentosa mit Mastzellentumor (Typus Unna) und Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen (Typus Jadassohn-Róna). Im Gegensatz dazu stehen aber die Fälle, bei welchen die Krankheit nicht in der Kindheit, sondern in den jugendlichen Jahren oder auch später angefangen hat und bei der histologischen Untersuchung größere Mengen von Mastzellen, wenn auch nicht Tumoren, vorgefunden wurden (C. Fox, Kreibich, Darier, Rutherford, Pelagatti, Gassmann, Erooli). Deshalb hat Reiss meiner Meinung nach ganz recht, wenn er sich gegen eine so scharfe Trennung der Urtikariaarten im Sinne Blumers verwahrt.

Wie soll man aber diese als Urticaria chronica perstans veröffentlichten Fälle beurteilen, bei welchen histologisch keine Vermehrung von Mastzellen, sondern andere Infiltrationszellen nachgewiesen wurden? Fabry beschreibt in seinem Falle die Verdickung des Epithels wie bei Psoriasis und große Herde kleinzelliger Infiltration neben vereinzelten Plasma- und Mastzellen. Baum hat auch Parakeratose und Akantose und Plasmazellinfiltration in der Kutis gefunden. Schmidt hat ein normales Epithel, aber auch eine aus mononukleären Lymphozyten bestehende Infiltration, die den Blut- und Lymphgefäßen folgte, vorgefunden. Endlich beschreibt Wolters auch in seinem Falle eine massige Einscheidung aller Lymph- und Blutgefäße mit Konglomeraten von kleinen, rundlichen, einkernigen, protoplasmaarmen Zellen neben Wanderzellen und Leuko-

Digitized by Google

zyten, welch letztere er für einen durch Kratzen bedingten reaktiven Prozeß anzusehen geneigt ist. Nach dem histologischen Befunde der letzteren Fälle, kann man daher die Diagnose einer urtikariellen Erkrankung nicht aufrecht erhalten. Ob diese wirklich als Urticaria perstans diagnostiziert werden sollen oder nur zu den urtikariaähnlichen Dermatosen gehören, werden erst künftige Untersuchungen entscheiden und zwar wenn einmal dieses Moment bewiesen sein wird, daß jede Urtikaria sich histologisch durch mehr oder weniger große Mastzellenanhäufung charakterisiert. Es sollen meiner Meinung nach die histologischen Bilder der der Urtikaria ähnlichen Effloreszenzen, in welchen keine Mastzellenhaufen vorgefunden wurden, zur Vorsicht mahnen und zu der Überzeugung führen, daß diese Urtikariafälle, bei welchen fast keine Mastzellen nachgewiesen wurden, stark angezweifelt werden müssen, ob dieselben in dieser Dermatosengruppe Platz finden dürfen.

Welche Bedeutung die Mastzellen für die Beurteilung des pathologischen Prozesses in der Haut haben, wissen wir heutzutage nicht genau. Es ist allgemein bekannt, daß diese Zellen im normalen wie auch im pathologischen Gewebe häufig zu finden sind. Ihr Vorkommen ist an den Bereich des Mesoderms gebunden; sie kommen nicht nur in der Haut, sondern auch in den verschiedenen inneren Organen vor. Fast bei allen pathologischen Prozessen der Haut sind die Mastzellen zu finden, bei den chronischen meistens in den peripheren Teilen der chronischen Infiltrate. Wir können also mit Ehrlich uns in diesem Sinne aussprechen, daß man diese Zellen häufig da im Gewebe findet, wo eine mehr als normale Ansammlung von Gewebssaft Anlaß zu einer Überernährung des Bindegewebes gibt. Man beobachtet sie daher am häufigsten bei diesen Erkrankungen, bei welchen neben Infiltrationszellen seröse Durchtränkung des Gewebes zustande kommt. In den syphilitischen Effloreszenzen z. B. findet man sie in größerer Zahl in Flecken als in großen Papeln, bei Lupus nur in denjenigen Effloreszenzen, welche infolge einer Einwirkung äußerer Reize angeschwollen erscheinen. Es ist also leicht anzunehmen, daß bei der Urtikariaquaddel eine seröse Durchtränkung zustande kommt, wodurch bei längerer Dauer eine Anhäufung von Mastzellen entsteht. Dadurch ist aber nicht erklärt, warum es in diesem pathologischen Prozesse gerade zu einer Mastzellenanhäufung kommt, da wir auch andere Prozesse kennen, bei welchen die seröse Exsudation obwohl viel stärker, jedoch zu keiner Mastzellenanhäufung führt. Es müssen also wahrscheinlich in der Haut besondere Eigenschaften vorliegen, die zu solchen Reaktionsprozessen führen, welche ohne diese nicht näher bekannten Momente nicht entstehen könnten.

In den Fällen von Urticaria pigmentosa bei Kindern ließe sich leicht

Digitized by Google

eine angeborene Eigenschaft des Organismus oder der Haut annehmen, da man doch etwas Analoges z. B. bei den Epheliden, welche in den ersten Lebensjahren unter der Wirkung des Sommerlichtes in der Haut entstehen und viele Jahre verbleiben, beobachtet. Die chronische Form von Urtikaria, welche in späteren Jahren zur Entwickelung kommt, könnte man eher mit Xanthomatosis vergleichen, also einer Hauterkrankung, die mit Stoffwechselabnormität im Organismus in engster Beziehung zu stehen scheint. Wir wissen auch, daß die Mehrzahl der Prurigofälle mit chronischer Urtikaria anfängt, welche erst im weiteren Verlaufe in eine echte Prurigo sich umgestaltet. Diese angeborenen Formen von Urtikaria finden vielfach in der Anwesenheit einer besonderen kongenitalen Disposition ihre Erklärung; es ist aber wohl viel schwerer, die Entstehung dieser chronischen persistierenden Fälle verständlich zu gestalten. Denn die letzteren beginnen auf einmal in den jugendlichen Jahren, ja sogar auch später, dauern auch Jahre hindurch an, indem immer frische Efloreszenzen entstehen, während die älteren doch auf äußere Reize in ganz spezifischer Weise mit Quaddeleruption reagieren. Man könnte daher vermuten, daß in diesen Fällen ein länger dauerndes Moment, und zwar wahrscheinlich allgemeiner Natur, im Organismus im Spiele sein muß, welches die Ursache dieser urtikariellen Reaktion im Sinne einer Diathese für den Organismus bedeutet.

Die Pathogenese der Urtikariaquaddel bildet noch immer einen Gegenstand der Diskussion. Nach der ältesten Hypothese von Unna soll die Quaddel einerseits durch Blutstauung, andererseits durch die gleichzeitige Störung in der Aufsaugung des vermehrten Transsudates von seiten der kontrahierten Venen zustande kommen.

Nach Neisser beruht Urtikaria auf einer durch Vasodilatatorenreizung beruhenden Gefäßerweiterung, die eine arterielle Kongestionshyperämie zur Folge hat. Er führt auch ein zweites Moment, nämlich die von Heidenhain nachgewiesenen lymphagogen Eigenschaften der verschiedenen Substanzen, an, die eine Irritation der die Gefäßendothelien beeinflussenden sekretorischen Fasern hervorrufen.

Philippson leugnet dagegen die Annahme einer Angioneurose und faßt die Urtikaria als einen durch Embolie toxischer Produkte und nachfolgender Schädigung der Gefäßwand entstandenen, der Entzündung nahestehenden Prozeß auf. Török meint auch, daß diese Erkrankung keine Angioneurose, sondern ein durch lokale Einwirkung hervorgerufenes entzündliches Reizphänomen ist. Winternitz gibt die Möglichkeit einer Beeinflussung der Gefäßwände zu, ohne diejenige einer Nervenreizung zu leugnen.

Kreibich betrachtet die Urtikariaquaddel als ein durch Nerveneinfluß

Digitized by Google

entstehendes angioneurotisches Ödem; sie sei daher keine Entzündung, stellt aber einen Übergang zur angioneurotischen Entzündung dar. Er betrachtet also die Ödemflüssigkeit der Quaddel nicht als ein Transsudat wie Neisser, sondern als eine dem Blutplasma nahe verwandte Flüssigkeit, er meint also, dieselbe sei nicht der Effekt einer exsudativen Entzündung, aber auch keine Lymphe und kein Transsudat.

Endlich sollen die neuesten Anschauungen in dieser Hinsicht erwähnt werden, welche die Urtikaria durch die modernen Erfahrungen der Immunitätslehre zu erklären beabsichtigen.

Wolff-Eisner faßt gemeinsam mit Joseph Urtikaria und verschiedene Erytheme als einen nur quantitativ verschiedenen Krankheitsprozeß zusammen. Man nimmt in diesen Fällen eine besondere Idiosynkrasie der einzelnen Individuen an. Wolff-Eisner meint, daß eine große Anzahl solcher Idiosynkrasien als eine Überempfindlichkeit gegenüber der Einverleibung körperfremden Eiweißes erklärt werden kann. Die Einverleibung des körperfremden Eiweißes ruft Krankheitserscheinungen hervor, von denen das Auftreten von Urtikaria, von Erythemen und von sonstigen Hautaffektionen die relativ harmloseste Form darstellt. Darin findet eine große Anzahl von Urtikariaeruptionen eine zwanglose einheitliche Erklärung, z. B. die von Brennesseln, Insekten. Bei der Urtikaria vom Darm aus handelt es sich immer um die Zufuhr von körperfremden Eiweißsubstanzen per os, das Eiweiß wird durch die Darmsäfte hier nicht so abgebaut, daß es seine Arteigenheit verliert, so daß also körperfremdes Eiweiß in die Zirkulation gelangt. Es kommt auch bei dauernder Resorption gegen körperfremdes Eiweiß keine Unempfindlichkeit zustande, sondern es entsteht sogar eine Überempfindlichkeit; so entsteht stets wieder Urtikaria bei den Individuen. Diese Eigenschaft kann nur dann verloren gehen, wenn die Darmsäfte die betreffenden Stoffe so abbauen, daß sie völlig ihre Arteigenheit verlieren. Dann kommt es natürlich nicht mehr zu Urtikariaeruptionen.

C. Bruck macht auch den Versuch, alle Urtikariaformen unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zu betrachten und hält es für zweckmäßig, die Urtikaria in eine endogene und exogene einzuteilen. Es wäre dann als exogene Urtikaria diejenige zu verstehen, die durch jene mechanisch-toxischen Insulte erzeugt wird, Einflüsse, die zwar einen spezifischen, aber von der individuellen Disposition sehr abhängigen Effekt auszulösen vermögen. Als endogene Formen wären dann alle die zusammenzufassen, die zwar durch exogene Momente hervorgerufen werden können, die aber stets innere Körperanomalien oder wenn wir es ganz allgemein ausdrücken wollen, „Umstimmungen“ im Organismus biophysikalischer oder biochemischer Natur voraussetzen (Idiosynkrasien, Stoffwechselstörungen).

Digitized by Google

Als Übergangsformen wären dann schließlich die Urticaria factitia und die Kälteurtikaria einzureihen. Diese haben stets eine exogene Gelegenheitsursache und ein endogenes Moment zur Bedingung. In diesem Sinne sucht sich Bruck über das Zustandekommen der anatomischen Erscheinungen der Urtikariaquaddel klar zu werden. Die beiden getrennt oder gemeinsam wirkenden Faktoren, die Reizwirkung einerseits und die Labilität des Gefäßnervensystems andererseits, behält auch er bei, um so mehr, als er imstande ist, experimentelle Beweise dafür beizubringen, daß auch gewisse, von dieser Erklärung anscheinend nicht umfaßte Urtikariaformen hierher gehören. Es sind diejenigen Eruptionen, die durch Stoffe hervorgerufen werden, welche nicht als „Gifte" angesprochen werden, z. B. Erdbeeren, Krebse, gewisse Fleischarten usw. Zur Theorie von Wolff-Eisner über Überempfindlichkeit oder Anaphylaxie gegenüber körperfremdem Eiweiß erbringt er den experimentellen Beweis am Menschen, daß die Urticaria ex ingestis in der Tat auf Anaphylaxiereaktionen beruht; er hat im Serum eines gegenüber Schweinefleisch mit Urtikaria reagierenden Patienten einen spezifischen anaphylaktischen Reaktionskörper nachgewiesen, der imstande war, die typische Überempfindlichkeit auf normale Tiere zu übertragen. Bruck ist daher der Meinung, daß die Urtikariaquaddel als durch Nerveneinfluß zentral oder peripher entstanden aufgefaßt und nicht als Entzündung erklärt werden soll, weil bei ihr eben das Charakteristikum der Entzündung, die zellige Emigration, fehlt.

Der Versuch, alle Urtikariaformen unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zu betrachten, verdient ohne Zweifel das größte Interesse, es soll aber bemerkt werden, daß es bis jetzt noch nicht gelungen ist, diese Theorie mit absoluter Sicherheit zu beweisen. Trotz zahlreicher Abhandlungen über Anaphylaxie in den letzten Jahren ist diese Frage bis jetzt noch nicht ganz erschöpft, es ist also jetzt ganz unmöglich, sich in dieser Hinsicht auszusprechen. Desto mehr muß es bis jetzt ausgeschlossen werden, diesen Faktor bei der Urticaria perstans recht beurteilen zu können.

Dem Direktor der Klinik, H. Prof. Reiss, erlaube ich mir, für das freundliche Überlassen des Materials, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

(Die Erklärung der Tafeln ist dem Text zu entnehmen.)

Literatur.

Audry, Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 22. — Baum, U. perstans. Icon. derm., 1907, Heft 2. — Bäumer, U. pigm. Arch. f. Derm., Bd. 34. — Blumer, U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 34. — Brocq, Bull. méd., 1910. — Brongersma, U. pigm. Brit. Journ. of Derm., 1899. — Browicz, T., Mastzellen. Bull. internat. Acad.

Digitized by Google

de science. Krakau, 1890. — Bruck, Experim. Beitr. z. Pathogenese der Urt. Arch. f. Derm., Bd. 96. — Crooker, R., U. pigm. III. Intern. Kongr., London, 1896. — Darier, U. pigm. Franz. derm. Ges., 1905. — Ehrlich, Mastzellen. Arch. mikr. Anat., 1877, Bd. 13. — Elsenberg, U. pigm. Arch. f. Derm., Bd. 20. — Ercoli, U. pigm. Ital. Ges., Rom, 1909. — Fabry, U. perstans. Arch. f. Derm., Bd. 34. — Fox, C., U. pigm. Arch. f. Derm., Bd. 17. — Gassmann, U. chron. pigm. Derm. Ztschr., 1905. — Gilchrist, U. pigm. Amer. derm. Ges., 1898. — Hielemann, U. perstans. Journ. of cut. and gen. ur. dis., 1900. — Hoggan, C. u. F., U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm., 1883, Bd. 2. — Jadassohn, U. pigm. IV. Dtsch. derm. Kongr., 1894. — Jarisch, Hautkrankh., 1908. — Johnston, U. perstans. Journ. of cut. and gen. ur dis., 1899. — Kaposi, U. perstans. Wien. derm. Ges., 1898. — Kreibich, U. chron. Arch. f. Derm., Bd. 48. — Majkowski, U. pigm. Medycyna, 1888. — Morrow, U. pigm. Arch. f. Derm., Bd. 11. — Mucha, U. papul. chron. Iconogr. derm., Bd. 4. — Neisser, Urt. Dtsch. derm. Kongr., 1889. Deutsche Klinik. — Nobl, U. xanthetasmoidea. Arch. f. Derm., Bd. 75. — Pappenheim, Mastzellen. Folia haematol., 1906, 1908. Arch. Pathol. Anat., 1901, Nr. 66. Grundriß der Farbchemie, 1901. — Pelagatti, U. pigm. Giorn. ital. delle mal. vener., 1909. — Philippson, Urt. Giorn. ital. delle mal. vener., 1899. Arch. f. Derm., 1900, 1903. — Pick, F. J., U. perstans. Prag. Ztschr. f. Heilk., 1881. — Pick, W., U. chron. Stereosk. m. Atlas, Bd. 40. — Polland, U. chron. papul. Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 53. — Reiss, W., U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 37. — Robinson, U. pigm. New York derm. Ges., 1898. — Róna, U. pigm. Arch. f. Derm., Bd. 39, 40. — Rubens-Duval, Cytologie des inflam. cut., Paris, 1908. — Rutherford. U. pigm. Brit. m. Assoc., 1904. — Schmidt, W., U. perstans. Iconogr. derm., 1907. — Schwenter-Trachsler, Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm., 43, 47. Folia haematol., 1906. — Tenneson u. Leredde, U. pigm. Ann. de Derm. et de syph., 1894. — Thin, U. pigm. Transact. of Clinical. Soc., 1875. — Török, Angioneur. und hämatolog. Entzündung. Derm. Ztsch., 1910. — Török u. Hári, Pathogen. der Urt. Arch. f. Derm., Bd. 65. — Unna, P. G., U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm., 1887. Histopathologie. Mastzellen. Ztschr. f. wiss. Mikrosk., 1891, 1898; Berl. klin. Wochenschr., 1898; Monatsh. f. pr. Derm., Bd. 22, 33, 38. — Van der Speck u. Unna, P. G., Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm., 1891, Bd. 13. — Westphal, Mastzellen. Inaug.-Diss., 1880. — Winternitz, U. pigm. Arch. f. Derm., 1907. Festschr. Neisser. — Wolff, A., Mraček Handb. — Wolff-Eisner, U. vom Standpunkte d. Anaphylaxie. Derm. Centralbl., 1907. Immunitätslehre, 1910, Fischer. — Wolters, U. perstans. Unna Festschr., Bd. 1. Med. Klinik, 1909.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Radiumbehandlung von Blasengeschwülsten, von Rudolf Paschkis-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Weiterer Bericht über einen Fall von Prostatasarkom, der mit Radium behandelt und in der Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 48, publiziert worden ist. Öffnung der Blase und Exzision ergab keine Spuren des Tumors mehr.

Einige andere Fälle von Blasenkarzinom haben dagegen keinen nennenswerten

Digitized by Google

Erfolg der Radiumbehandlung erkennen lassen, so daß ein Versuch nur bei inoperabeln malignen Tumoren der Blase und Prostata gerechtfertigt und zweckmäßig erscheint.

Abbildung eines katheterförmig gebauten Instruments, an welches die Radiumkapsel fest angeschraubt werden kann, und in welches ein optischer Apparat sich einschieben läßt, so daß mit diesem, einem Spülzystoskop ähnlichen Instrument die Bestrahlung bestimmter Stellen unter Leitung des Auges sich ermöglichen läßt.

W. Lehmann-Stettin.

Entleerung eines Abszesses der Blase per urethram, von J. M. Barlet. (Brit. med. Journ., 20. Jan. 1912.) Eine 26jährige Frau, im dritten Monat schwanger, kam wegen Schmerzen im Unterleib und Blutungen aus der Vagina in Behandlung. Diese Beschwerden vergingen bei passender Behandlung, und es trat kein Abort ein. Wenige Tage später jedoch hatte Pat. über heftigen Urindrang zu klagen und entleerte schließlich mit großer Mühe nebst Blut und Urin eine etwa daumengroße Masse, welche durch die mikroskopische Untersuchung mit großer Wahrscheinlichkeit als ein gangränös abgestoßenes Stück der Blasenschleimhaut erkannt wurde. Dasselbe war 7,8 cm lang und 7,2 cm breit. Die Patientin befand sich seitdem mit Ausnahme einer zeitweiligen Blaseninkontinenz bei guter Gesundheit. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Entfernung von Paraffin aus der Blase, von S. D. van Meter-Denver. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 7.) Ein Mann hatte sich ein Paraffinbougie in die Harnröhre eingeführt, das in die Blase gerutscht war. Acht Monate später kam er in Behandlung des Verfassers, der das Paraffin durch in die Blase eingespritztes Benzin auflöste. Reizungserscheinungen von seiten der Blase oder der Harnröhre traten nicht auf.

Fendt-Wiesbaden.

Über Erkennung und Behandlung der Blasensteine, von Berthold Goldberg. (Würzburger Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med., 1911, S. 259.) Übersichtliche Zusammenfassung der Symptomatologie, der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe. Bezüglich ersterer erscheint dem Verfasser die Kombination von Dysurie und Hämaturie, welche durch Bewegung provoziert, durch Ruhe sistiert wird, sowie das Blasensteinharnbild (Erythrozyten, Blasenepithelien, Kristalle, keine Leukozyten) am ehesten pathognomonisch. Zur Diagnose kommt in erster Linie die Sondierung, dann die Zystoskopie, am wenigsten die Durchleuchtung in Betracht. In therapeutischer Hinsicht tritt G. energisch für die Lithotripsie ein. Richard Frühwald-Leipzig.

Großer Blasenstein, von T. V. Arumugum-Bangalore. (Brit. med. Journ., 30. März 1912.) Es wird kurz berichtet über die durch hohen Blasenschnitt wohlgelungene Entfernung eines ca. 270 g schweren Blasensteins, der vor der Operation durch eine von der vorderen Bauchwand bis in die Blase reichende Fistel ganz hatte sondiert werden können. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Blasensteine, von Marion. (Med. Blätter, 1912, Nr. 1—2.) In Form eines Vortrages kurze Zusammenfassung der Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Blasensteine. Richard Frühwald-Leipzig.

Großer Blasenstein bei einem 8jährigen Mädchen, von Faujas. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 12.) Die Kranke hatte seit drei Monaten geringfügige Miktionsbeschwerden, bis sie wegen kompletter Urinretention in Behandlung kam. Durch suprapubischen Schnitt wurde ein 40 g schwerer, $5^1/_2 : 3^1/_2 : 3$ cm großer Phosphatstein entfernt. Der Verfasser weist auf die geringen Beschwerden hin. Richard Frühwald-Leipzig.

Blasen- und Uretersteine beim Kind. Chirurgisches hierüber, von E. Charvin. (Thèse Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über das Entfernen von Haarnadeln aus der Blase des Weibes nach einem einfachen Verfahren, von J. Voigt-Göttingen. (Ther. Monatsh., 1911, Heft 12.) Mit

Digitized by Google

Hilfe des Zystoskopschnabels gelang es, den Bügel der Haarnadel vor das Ostium internum urethrae zu bringen und durch die Harnröhre nach außen zu befördern.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase der Frau, von O. Höhne-Kiel. (Ztschr. f. gynäk. Urol., 1911, Nr. 1.) Glückliche Entfernung einer fünf Jahre in der Blase befindlichen, in ihre zwei Schenkel zerbrochenen, stark inkrustierten Haarnadel durch die erweiterte Urethra mittels einer Faßzange unter Leitung des Zystoskops.

Fendt-Wiesbaden.

Zur Extraktion von Haarnadeln aus der Harnblase des Weibes, von Paul Hüssy-Basel. (Ztschr. f. gynäk. Urol., 1911, Nr. 2.) Verfasser empfiehlt gegenüber den jetzt üblichen komplizierten Methoden zur Diagnose (Röntgenverfahren und Zystoskopie) und Therapie (Operationszystoskop) das von v. Herff schon seit über 15 Jahren geübte Verfahren, das den Vorzug hat, von jedem praktischen Arzt ohne Narkose angewandt werden zu können. Die Diagnose des Vorhandenseins einer Haarnadel in der Blase gelingt meist schon durch kombinierte Tastung mit dem Metallkatheter. Zur Extraktion dient ein kleines, am Ende schneckenförmig gebogenes, stumpfes Häkchen, das sich jederzeit leicht aus einem beliebigen Drahtstabe herstellen läßt. Erweiterung der Harnröhre ist bei diesem Verfahren nicht erforderlich. Fendt-Wiesbaden.

Bemerkungen zu obigem Aufsatz, von W. Stoeckel-Kiel. (Ibidem.) Kritik an der von Hüssy empfohlenen Methode der Extraktion von Haarnadeln, die Verfasser als primitiv verwirft. Eindringliche Empfehlung des Zystoskops zu Diagnose und Therapie; Operationszystoskop sei ganz unnötig und auch von niemand empfohlen.

Fendt-Wiesbaden.

Das „schneckenförmige Häkchen", von Otto v. Herff-Basel. (Ztschr. f. gynäk. Urol., Bd. 3, Heft 3.) Verfasser kommt nochmals auf das von Hüssy empfohlene, von Stoeckel bekämpfte Schneckenstäbchen zur Entfernung von Haarnadeln aus der weiblichen Blase zurück. Nochmalige Empfehlung des kleinen Instrumentchens, in erster Linie mit dem Zystoskop zusammen, da es besonders in der Hand des Nichturologen gute Dienste leistet. Fendt-Wiesbaden.

Kritische Studie über die Lithotripsie, von J. Cl. Fayet. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Die Versorgung der Blase nach Sectio alta, von P. Janssen-Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschr., 3. Nov. 1912.) Zur Vermeidung der Fistelbildung nach dem hohen Blasenschnitt verfolgt J. das Prinzip des vollständigen Blasenverschlusses unter Vermeidung jeglicher Infektion. Zu diesem Zwecke wird in erster Linie das Ausfließen des Urins ins Operationsfeld verhindert, indem die gefüllte Blase nicht mit dem Messer, sondern mit einem mit einem Drainrohr in geschickter Weise verbundenen Trokar (vertikal in der Mittellinie) eröffnet wird. Im weiteren Verlauf der Operation wird dann auch für Beseitigung des Urins und ferner für möglichst vollständige Blutstillung gesorgt. Die mit zwei Serien von Nähten geschlossene Blase wird nur durch den Verweilkatheter drainiert, aber in die suprapubische Wunde wird ein bis an den Blasenhals reichendes Kugeldrain eingeführt. Die weiteren technischen Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Tube zur suprapubischen Drainage, von Alexander H. Peacock-Seattle, Wash. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 4.) Ist aus irgend welchen Gründen eine operative Behandlung der Altershypertrophie der Prostata unmöglich, so benutzt Verfasser mit Vorteil eine von ihm angegebene versilberte Metalltube, die aus einem geraden Rohr, verbunden mit einer durch leichte Biegung der Bauchwand sich anschmiegenden

Digitized by Google

Platte, besteht. Die suprapubische Zystotomie, die zum Einsetzen der Tube erforderlich ist, kann leicht unter Lokalanästhesie ausgeführt werden. Fendt-Wiesbaden.

Auslösbare Blasensuturen, von C. Clarke-Malta. (Lancet, 17. Febr. 1912.) Bei der Ausführung des hohen Blasenschnittes wegen Steinbildung bei komplizierender Zystitis fand C. folgendes Verfahren der Blasennaht sehr erfolgreich: Der Faden, Seidenwurmdarm, wird durch die Dicke der Muskularis hindurchgeführt und tritt nicht ins Lumen der Blase hinein; die beiden Enden des Fadens werden, noch ungeknüpft, durch ein 5 cm langes Glasrohr hindurchgezogen, welches mit dem einen Ende der Inzision der Blase aufgesetzt wird, während das andere durch die Bauchwunde herausragt. Ein kleiner Metallring wird auf dieses freie Ende gesetzt, worauf man die Fäden über diesen als Stützpunkt festknotet. Es wurden fünf solche Röhren eingelegt mit im ganzen sieben Nähten, worauf die Bauchwunde fest verschlossen wurde nach Einlegen eines Verweilkatheters. Am 8. Tage p. o. wurden die Nähte entfernt. Es entstand allerdings an der bis dahin vollständig dicht gebliebenen Blase eine kleine Öffnung, doch heilte diese in vier Tagen vollständig zu. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis des echten Divertikels an der Seitenwand der Harnblase mit besonderer Berücksichtigung seiner Entstehung, von Shichitaro Sugimura-Japan. (Virchows Arch., Bd. 206, Nr. 7.) Fall eines 46jährigen Mannes mit symmetrischen, echten, angeborenen Divertikeln an der Seitenwand der Harnblase, links hühnereigroß, rechts klein und spaltförmig, beide neben der Ureterenmündung. In der Divertikelwandung fanden sich die elastischen Fasern vermehrt; als sekundäre Veränderungen der Elastika zeigte sich unregelmäßige Verdickung, Zerfaserung, herabgesetzte Färbekraft der elastischen Fasern und Schwund der zusammenhängenden feinen Zwischennetze. Schourp-Danzig.

Zur Diagnostik und Behandlung des angeborenen Blasendivertikels, von F. Kroiss-Innsbruck. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 111, Heft 1—3.) Fall von kongenitalem Blasendivertikel bei einem 28jährigen Manne. Die Diagnose wurde mittels Zystoskopie und Röntgenaufnahme gestellt. Es gelang nicht, das Divertikel vollkommen zu exstirpieren, weil es mit der Blasenwand innig verwachsen war. Schourp-Danzig.

Anatomisch-klinische Studie über die Blasendivertikel, von E. Etienne. (Thèse de Montpellier, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über intraperitoneale Harnblasenrupturen, von P. Herzen-Moskau. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 95, Heft 4.) Kasuistik. Drei Fälle mit Ruptur an der oberen hinteren Blasenwand. Schourp-Danzig.

Zystitis, deren Ursachen und Behandlung, von D. Newman-Glasgow. (Lancet, 24. Febr. und 2. März 1912.) Verfasser bespricht das Thema in anschaulicher und gründlicher Weise, bietet aber keine wesentlich neuen Gesichtspunkte.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zystitis-Fehldiagnosen, von J. B. Clark-New York. (Med. Record, 30. März 1912.) In einem vor praktischen Ärzten gehaltenen Vortrage macht Verfasser darauf aufmerksam, daß die häufige und schmerzvolle Entleerung eines eitergetrübten Harns durchaus nicht immer die Diagnose einer Zystitis sicherstellt, sondern daß ganz andere Dinge vorliegen können, vor allem auch Erkrankungen der höher gelegenen Organe.
W. Lehmann-Stettin.

Über Janetsche Harnröhrenspülungen und eine neue Kanüle zur erfolgreichen Ausführung derselben, von L. Dufaux-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 42.) Verfasser weist auf die großen Vorzüge der Janetschen Harnröhrenspülungen bei diffusen Schleimhautkatarrhen an der Hand ausführlicher Literaturangaben hin und

Digitized by Google

gibt eine einfach konstruierte, leicht zu reinigende, mit zweckmäßiger Schutzvorrichtung und auswechselbarer Ansatzolive versehene Kanüle an, bei welcher der Zufluß der Injektionslösung mittels verstellbaren Hahnes genau reguliert bzw. dosiert werden kann. Dieselbe wird aus Glas von dem Glashüttenwerk von Poncet-Berlin, aus dauerhafteren Materialien: Hartgummi, Metall, Zelluloid von Louis & H. Loewenstein hergestellt und dürfte dem mit Janetschen Spülungen arbeitenden Arzt sehr willkommen sein.

Arthur Schucht-Danzig.

Zystopyelitis als Folge von Infektion mit dem Bacillus coli communis; deren Symptomatologie und Diagnose, von S. Wassermann-Cleveland. (Amer. Journ. med. scien., Dezember 1911.) Der Gegenstand ist vom Verfasser anschaulich dargelegt und durch einige eigene präzise Beobachtungen vervollständigt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Perizystitis, von M. L. Harris-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 25.) Besprechung der durch gynäkologische Erkrankungen verursachten und nach gynäkologischen Operationen auftretenden Perizystitis. Hinweis auf die bei gynäkologischen Operationen erforderliche Sorgfalt (Bauchfelltoilette), um derartige unangenehme Nacherkrankungen (Adhäsionen), die den Zustand der Patienten verschlimmern statt verbessern können, zu vermeiden. Fendt-Wiesbaden.

Postoperative Urinretention und Zystitis, von J. H. Jacobson und J. G. Keller-Toledo, O. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 25.) Die postoperative Zystitis ist nicht immer auf Katheterismus zurückzuführen, denn zum Entstehen einer Zystitis ist neben einer bakteriellen Infektion Urinretention, Trauma und Kongestion erforderlich. Der häufigste Erreger ist wegen der Nähe des Rektum der Bac. coli. Die postoperative Urinretention beruht auf verschiedenen Ursachen. Nach den zystoskopischen Untersuchungen der Verfasser ist Schwellung und Ödem um das Orificium urethr. intern. eine sehr häufige Ursache. Wird bei chirurgischen Operationen die Blase aus ihrer Lage gebracht, so ist sie wieder sorgfältig zu reponieren. Bei postoperativer Urinretention ist Injektion von 2%iger steriler Borsäureglyzerinlösung als „Blasenlaxans" zu empfehlen.

Fendt-Wiesbaden.

Hexamethylentetramin. Bericht über einen seiner Anwendung folgenden Fall Arzneizystitis, von William D. Fullerton. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 2.) Bei einer Patientin, die wegen einer im Naseninnern vorzunehmenden Operation zur Vermeidung der Infektion prophylaktisch innerhalb vier Tagen annähernd 13 g Hexamethylentetramin erhalten hatte, trat häufiger Urindrang, Schmerzen und Brennen, besonders am Ende der Miktion auf. Als sie dann am fünften Tage, allerdings irrtümlicherweise, noch fast 6 g Helmitol, bekanntlich ein dem Hexamethylentetramin chemisch nahestehendes Präparat, erhielt, trat Hämaturie auf; der saure Urin enthielt Fetzen der Blasenschleimhaut, zahlreiche Eiterzellen und reichlich Albumen. Diese Erscheinungen verschwanden völlig erst nach Ablauf von drei Wochen. Eine auf Infektion beruhende Zystitis konnte ausgeschlossen werden. Fendt-Wiesbaden.

Primäre Blasentuberkulose, von Bella Zeitlin. (Inaug.-Dissert., Zürich 1910.) Das Vorkommen primärer Blasentuberkulose ist bewiesen. Die in vorliegender Arbeit mitgeteilte Kasuistik stützt diese Tatsache von neuem. Wesentlich Berichtenswertes und Wertvolles enthält die Arbeit, abgesehen von dem zitierten Material, nicht.

Fritz Loeb-München.

Cystitis proliferans tuberculosa (forme framboisée), von M. Lavergière. (Thèse de Lyon, 1910, Nr. 95.) Fritz Loeb-München.

Wie soll man eine tuberkulöse Zystitis behandeln, welche eine inoperable Nierentuberkulose begleitet? von Leguéu. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 11.) Da

Digitized by Google

man bei dem Kranken nicht wußte, welche Niere krank war, so wurde zuerst die rechte Niere freigelegt. Dieselbe wurde krank befunden und der Ureter in die Lumbalwunde vernäht, so daß eine definitive Fistel entstand. Die funktionelle Nierenuntersuchung ergab nun, daß die linke Niere noch kränker war, als die rechte, daß also an eine chirurgische Heilung nicht zu denken war. Infolgedessen will L. links dieselbe Operation wie rechts vornehmen, um wenigstens durch eine gänzliche Ausschaltung des Harns die Blase zu bessern und die äußerst schmerzhaften Blasentenesmen dem Patienten, dessen Tage sowieso gezählt sind, zu erleichtern. Gunsett-Straßburg.

Die Ausschaltung der Blase bei schweren Formen der Blasentuberkulose, von L. Casper. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Die beiden mitgeteilten Krankengeschichten lehren, daß die Ausschaltung der Blase ein Mittel ist, den Kranken mit tuberkulöser Zystitis von den qualvollen Schmerzen zu befreien, auch wenn alle sonstigen Mittel versagt haben. Von den beiden Methoden, die Ureteren einzupflanzen, empfiehlt Verfasser die Ureterostomie; in dem Falle, wo er die Nephrostomie anwandte, stellte die Niere vom Tage der Operation an ihre Funktion ein.

In der Diskussion hält Israel bei der Ureterostomie die Gefahr einer Pyelonephritis für sehr groß; er fordert, daß man die Operation nie primär macht, sondern immer erst einen Versuch der Wirksamkeit einer Blasenfistel macht.

Die Gefahr einer Pyelitis nach Ureterostomie hält Landau nicht für groß.

Casper hat von der Anlegung einer Blasenfistel bei tuberkulöser Blase in zwei Fällen eine Verschlimmerung der Beschwerden beobachtet. Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Blasenaktinomykose, von H. Prigl-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37.) Ein 41jähriger Mann starb nach längerem Krankenlager; die Obduktion ergab einen aktinomykotischen Abszeß des kleinen Beckens und der Douglashöhle mit Perforation in das Rektum, Ileum und in die Harnblase. Schourp-Danzig.

Sexuelle Funktionsstörungen ausgehend vom Urogenitaltraktus, von T. M. Townsend und Julius J. Vallentine-New York. (Med. Record, 27. Mai 1911.) Ungefähr 6,5 % aller zum Spezialisten kommenden Fälle leiden nach den Erfahrungen der Verfasser an Impotenz oder damit im Zusammenhang stehenden sexuellen Störungen, und von diesen werden 64 % verursacht durch Reizung im Bereich der peripheren Nerven. Die Irritation geht hierbei meist aus von der Urethra prostatica oder dem Colliculus seminalis. Der größte Teil der Kranken leidet an den Folgen einer chronischen Urethritis, sei sie nun blennorrhoischen oder nichtspezifischen Ursprungs; und diese Patienten bedürfen exakter, mechanisch-instrumenteller Behandlung wie jeder chronisch Tripperkranke. Nur bei einem Fünftel der Patienten lassen sich die Beschwerden auf Lithämie, Oxalurie und Phosphaturie zurückführen. Jedenfalls geht für die Verfasser aus ihren Erfahrungen hervor, daß die zahlreichen Symptome, die gewöhnlich als sexuelle Neurasthenie gelten, tatsächliche Veränderungen zur Grundlage haben.

W. Lehmann-Stettin.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Sexuelle Störungen beim Mann in klinischer Betrachtung, von Eugene Fuller-New York. (Med. Record, 27. Jan. 1912.) Verfasser wundert sich darüber, daß Klagen über sexuelle Störungen und Beschwerden oft so wenig vom Arzt gewürdigt werden, daß selbst Spezialisten genaueste Untersuchungen der Harnwege bis in das Nierenbecken hinauf vornehmen, ohne auch nur einmal daran zu denken, Prostata, Samenbläschen und Umgebung abzutasten, ihr eventuelles Sekret mikroskopisch zu untersuchen, geschweige denn genaue anamnestische Daten über das Sexualleben

Digitized by Google

des Patienten aufzunehmen. Er gibt praktische Fingerzeige, in welcher Richtung sich letztere zu bewegen haben. Weil nicht häufige Untersuchungen dieser Teile auch beim Normalen vorgenommen werden, fehlt dem Arzt das Feingefühl, daß Störungen in dieser Gegend herauszufinden in der Lage ist.

Verfasser macht sodann nochmals auf seine vor mehreren Jahren veröffentlichte Operation aufmerksam, die Samenbläschen unter der Leitung des palpierenden Fingers zu inzidieren. Er hat bei langbestehenden und vorgeschrittenen Läsionen, bei denen eine regelmäßige Massagebehandlung nicht mehr zum Ziele führte, fast stets glänzende Resultate gehabt. Nur in fünf Prozent seiner 224 Fälle, die er seitdem ohne einen Todesfall operiert hat, war das therapeutische Resultat negativ. Er glaubt, daß gerade der Mangel an feinem, durch Übung entwickelten Gefühl die Chirurgen davon abgehalten hat, seine Operation nachzuprüfen, geradeso wie heute noch Blasensteine wegen Mangel an Geschick und Übung durch Eröffnung der Blase statt durch Litholapaxie entfernt werden. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der sexuellen Abstinenz, von P. Näcke-Hubertusburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) Der Verfasser hält die Abstinenz bei normaler Potenz und gesundem Körper für vollkommen unschädlich. Nur bei starker Libido, namentlich bei nervöser Veranlagung und Belastung, können, besonders im reifen Alter, leichtere und schwerere Schäden entstehen, namentlich Depressions-Angstzustände, Zwangsvorstellungen usw., die aber immer noch im Rahmen einer schweren Neurasthenie sich bewegen. Nur in diesem Falle soll der Arzt, wenn es die Verhältnisse erlauben, die Ehe anraten, sonst den außerehelichen Verkehr. Das Empfehlen der Onanie erscheint dem Verfasser gewagter. Gunsett-Straßburg.

Die gerichtsärztliche Feststellung der Impotenz und Perversität, von M. Porosz-Budapest. (Közegészségügyi és törvèngszéki Orvostado mänyi Szemle, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1912, Nr. 1.) Verfasser hat als gerichtsärztlicher Sachverständiger folgende Gutachten: Der 56jährige M. K. ist im Verhältnisse zu seinem Alter in genügend guter Kondition, daß er auch für sich — ceteris paribus — als potent bezeichnet werden kann. In seinem angeblichen Geschlechtsleben kann kein Umstand gefunden werden, von dem man auf seine Impotenz schließen könnte. Onanist war er nicht, geschlechtlicher Abusus war bei ihm nicht gebräuchlich. Sein Geschlechtsleben war dem Alter entsprechend. Da er auch während seines Ehelebens mit anderen Frauen verkehrt hat und auch noch zwei Jahre nach seiner Ehe bei Abwechslung seiner Partnerinnen ein normales Geschlechtsleben geführt hat, ist es erklärlich, daß seine ältere Frau, bei der es an begehrenswerten Eigenschaften gemangelt hat, in ihm keinen solchen wollusterweckenden Reiz ausgelöst hat, daß der Versuch des ersten Aktes mit Erfolg verbunden gewesen wäre. Nach mehrtägiger Ruhe ist er auch auf mäßigere Reize empfänglich geworden und so konnte er, da das Eis gebrochen war, auch mehrere Male koitieren. Dies alles ist eine physiologisch begründete Möglichkeit. Aus den Genitalien ist es ersichtlich, daß sich bei ihm senile Veränderungen nocht nicht eingestellt haben. Daß die Samenblase beim Betasten herausgefühlt werden kann, spricht dafür, daß in ihr der zum Ausführen des Koitus nötige Stoff vorhanden ist. Noch mehr beweist dies die Samenblase, die nach zehntägiger Enthaltsamkeit gefüllter gefunden wurde als vorher. Bei diesem Zustande ist aber auch die Vollkommenheit des Mechanismus unbedingt notwendig. In dem nach dem Stuhlgang entleerten Urin ist kein Sperma. Wenn jemand an Samenfluß nach Stuhlgang leidet, findet man nach der Mastdarmuntersuchung Spermazellen in dem entleerten Tropfen, um so eher im Urin, den der Betreffende sofort nach der Untersuchung entleert. Trotz aller dieser Umstände ist noch Impotenz möglich, wenn Zuckerkrankheit vorhanden ist; hier traf dies nicht zu. Von sonstigen

Digitized by Google

Krankheiten muß man auch an einen fortgeschrittenen Zustand einer Rückenmarksschwindsucht denken. Aber auch diese ist bei ihm nicht entwickelt. Der Gang ist normal. Kniereflexe sind vorhanden. Es ist wohl wahr, daß eine Pupille starr ist, aber das kann an anderen Ursachen liegen. Auf ärztliche Anordnung $^3/_4$ Stunde später gebrachter Samen ist normal. Dafür, daß dieser nicht von anderen stammt, spricht der Umstand, daß er mit dem identisch war, was nach dem Koitus aus der Harnröhre gepreßt worden ist, und daß die Samenblase weniger voll und gespannt war als zuvor. Daraus ist ersichtlich, daß M. K. vollkommen potent war. Autoreferat.

Die Lymphbahnen des Skrotums in bezug auf die Radikaloperation bei Epitheliom desselben, von J. Morley-Manchester. (Lancet, 2. Dez. 1911.) Verfasser hat die anatomische Verteilung der Lymphwege des Hodensackes sorgfältig an Injektionspräparaten bei 4 totgeborenen Kindern und bei 13 Leichen von Männern im Alter von 36—80 Jahren untersucht. Die Injektion der Lymphwege geschah mit der Gerotaschen Flüssigkeit (Ferrozyanblau in einer Mischung von Terpentin und Äther) bei einem Druck von 10—15 cm Hg. Außerdem wurden die Arterien mit Stärke und Zinnober injiziert. Verfasser konstatiert, daß die Darstellung in den anatomischen Lehrbüchern vielfach mangelhaft ist. Er betont die zahlreichen Anastomosen zwischen beiden Körperhälften in der Gegend der Raphe und die weite Ausdehnung des zum Hodensack gehörigen Lymphgebietes, das bis auf eine Entfernung von 2 cm von der Spina anterior superior ilei sich erstreckt. Die Einzelheiten können im Referate nicht anschaulich wiedergegeben werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ectopia testiculi, von Kirmisson. (Journ. des pratic., 1911, S. 723.) Am Anschlusse an zwei Fälle von Hodenektopie mit den typischen Beschwerden bespricht K. kurz die Klinik, Diagnose und Therapie dieses Leidens. Die Ektopie ist vom Kryptorchismus zu unterscheiden, da bei ihr der verlagerte Hoden direkt aufgefunden werden kann. Die wichtigsten Komplikationen sind: Peritonitis bei Orchitis, Neuralgien, Torsionen und neoplastische Degeneration. Bei der Operation wird der Hoden möglichst von allen fixierenden Verbindungen gelöst und der Samenstrang durch Nähte befestigt. Die beste Zeit zum operativen Eingriffe ist das 7. Lebensjahr. Hoden, die sehr klein sind und lange ektopisch waren, können sich nach der Operation noch ganz normal entwickeln. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der inguinalen Ektopie des Hodens vermittels der Orchidopexie, von E. P. Vielle. (Thèse de Bordeaux, 1910, Nr. 42.) Fritz Loeb-München.

Das Vorhandensein von 2 Testikeln auf derselben Seite, von F. Marsh-Birmingham. (Brit. med. Journ., 18. Nov. 1911.) Bei einem dreijährigen Knaben fand Verfasser bei Gelegenheit der Operation einer großen kongenitalen Hernie der linken Seite zwei Samenstränge, welche zu zwei in einer gemeinsamen Tunica vaginalis eingeschlossenen Hoden führten. Das Kind starb 36 Stunden nachher infolge von Chok. Die genauere anatomische Untersuchung ergab ein einziges, linkerseits gelegenes ungewöhnlich großes Samenbläschen, von dem ein sehr dickes Vas ausging, das kurz vor dem inneren Leistenring sich in zwei Äste teilte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über einen Fall von Achsendrehung des Hodens, von W. Attlee-Eton. (Lancet, 9. Sept. 1911.) Ein $16\,^1/_2$jähriger Knabe fühlte während des Fußballspielens einen plötzlichen leichten Schmerz, den er anfangs nicht beachtete; nach einigen Stunden wurde derselbe hochgradig, und es erfolgte zweimal Erbrechen. Verfasser fand eine Drehung des Samenstranges in vertikaler Richtung um etwa 90°. Der Nebenhoden stand ungefähr in der Mittellinie nach vorne gestellt. Nach der mit einem

Digitized by Google

leichten Ruck bewerkstelligten Reposition verschwanden alle Symptome in wenigen Minuten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die histogenetische Ableitung der Hodentumoren, von A. Frank. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 9, Heft 2.) Eingehende mikroskopische Untersuchungen über Hodentumoren: Die Teratome und Teratoide der Keimdrüsen leiten sich von mehr oder weniger unreifen Zellen der generativen Sphäre ab. Bei der Beurteilung, ob Teratom oder einfache Mischgeschwulst, ist das Hauptgewicht auf den systematoiden und den organoiden Bau zu legen, der die Ableitung von einem mehr einheitlichen Keime gegenüber den Mischgeschwülsten fordert. Zwischen Teratomen und großzelligen Tumoren des Hodens besteht insofern ein Zusammenhang, als erstere sich von unreifen, letztere sich von reifen Geschlechtszellen ableiten. Richard Frühwald-Leipzig.

Maligne Affektionen des Hodens und deren Behandlung durch die Radikaloperation, von H. M. Davies-London. (Lancet, 17. Febr. 1912.) Neben einer allgemeinen Besprechung der am Hoden zu beobachtenden malignen Neubildungen bringt D. einen ausführlichen Bericht über einen Fall von Embryoma des retenierten Hodens bei einem 17jährigen Knaben, der mit vollem Erfolg operiert wurde. Besonderes Gewicht legt Verfasser darauf, sämtliche zum Hodengebiet gehörigen Lymphdrüsen entfernt zu haben, wozu allerdings ein Eingehen bis auf die Gabelung der Aorta und auf die Vena cava inf. nötig ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Maligne Erkrankung des Testikels und die operative Entfernung der sekundär affizierten ileo-lumbalen Lymphdrüsen, von H. Morris-London. (Lancet, 9. März 1912.) Die Überschrift zu diesem Artikel enthält im Original noch als Nachsatz in bezug auf die Operation der ileolumbalen Lymphdrüsen die Bemerkung: „Eventuell aus nur prophylaktischen Gründen zur Zeit der Entfernung des primär erkrankten Organs". Verfasser bringt zur Erläuterung dieses Themas die Hauptmomente aus zwei sich über viele Jahre hinziehenden Krankengeschichten nach Exstirpation des karzinomatös entarteten Hodens ohne gleichzeitige Entfernung der Lymphdrüsen und konstatiert, daß trotz Beteiligung dieser Organe ein vieljähriges Wohlbefinden möglich ist. Es sei nicht möglich, die Beteiligung der Drüsen schon in frühen Stadien sicher zu erkennen, und die Abtragung derselben, falls erkrankt, hat im ganzen bisher durchaus nicht ermutigende Resultate geliefert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krebsbildung nach Hodenverletzung, von Jonathan Paul Haberen-Budapest. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 3, Heft 4—6.) Ein 31jähriger Landwirt erhielt einen Hufschlag gegen die rechte Hälfte des Hodensackes; es traten heftige Schmerzen mit Hodenschwellung auf. Der Hodensack wurde in einen mannskopfgroßen, höckerigen, prall elastischen Tumor umgewandelt. Der durch Operation entfernte Hoden wurde mikroskopisch als Adenokarzinom diagnostiziert. Etwa fünf Monate nach dem Unfall ging der Kranke an Metastasen in der Blase, auf dem Peritoneum und in der rechten Lunge zugrunde. Schourp-Danzig.

Über die chirurgische Behandlung des Hodenkrebses. Entfernung der iliolumbalen Drüsen, von Paul Calin. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911, Nr. 90 [pharm.].) Wegen der angeführten Kasuistik erwähnenswerte Arbeit. Fritz Loeb-München.

Über das Chorionepitheliom der Testikel, von Giuseppe Conforti-Florenz. (Morgagni, Dezember 1911, Nr. 12.) Der Verfasser teilt in diesem Aufsatz den ersten Fall von Chorionepitheliom der italienischen Literatur mit. Es handelte sich um einen rapid wachsenden Hodentumor bei einem 46jährigen Manne. Der Tumor wurde exstirpiert. 7—8 Monate später starb der Patient an diffusen Eingeweidemetastasen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Neubildung von den Zellen der äußeren Bekleidung der Blutkapillaren ausgegangen war. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Sarkom des Hodens, mit Bericht über einen Fall, von ARTHUR C. STOKES-Omaha. (New York med. Journ., 2. März 1912.) Im Anschluß an einen selbst beobachteten und operierten, einen 29jährigen Neger betreffenden Fall bespricht St. die Entstehung, Häufigkeit u. a. m. der den Hoden betreffenden Sarkome im Vergleich zu anderen Neubildungen der Hoden und kommt zu folgenden Schlußergebnissen. Typisches Sarkom des Hodens kommt seltener vor als atypisches, letzteres aber häufiger wie Karzinome. Typisches Karzinom des Hodens kommt gelegentlich vor, hat aber immer seinen Ursprung im Nebenhoden oder in den Tubuli und niemals im eigentlichen Rete testis. Die Mischgeschwülste des Hodens nehmen ihren Ursprung in letzterem und zwar (nach GRAWITZ) in primärem embryonalen Nierengewebe mesoblastischen Ursprungs, das mit dem Descensus testiculi hinabgelangt ist. Nach WALDEYER jedoch entstehen sie in dem sexuellen Gewebe, das irgend einer Art von Reizung unterworfen war (Trauma, Infektion usw.), eine Theorie, welche St. am ehesten mit dem klinischen Verlaufe vereinbar scheint. Die Operation sollte, wie es auch im vorliegenden Falle geschah, möglichst radikal mit Entfernung des Samenstranges und der Drüsen (nach BLAND SUTTON) bis tief in die Bauchhöhle hinein ausgeführt werden. Die Prognose richtet sich nach dem Einzelfalle und sind kaum Allgemeinregeln darüber aufzustellen. Stern-München.

Über ein metastasierendes Hodenteratom, von TAKEYOSHI MOVI-Formosa. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 1.) Es handelt sich um eine teratoide Geschwulst des Hodens bei einem 30jährigen Manne mit Metastasen in der Leber, linken Niere, in Lunge, Pleura und in den Lymphdrüsen des Brustraumes. Der Hodentumor zeigt recht wenig typischen Aufbau; von Hodenparenchym ist in den untersuchten Stücken überhaupt nichts mehr zu sehen. In sämtlichen Metastasen finden sich nur die drüsenartigen Bestandteile der Primärgeschwulst; in einigen Organen und im Primärtumor ist die Bildung — blastomatöser — Riesenzellen und synzytiumartiger Wucherungen bemerkenswert. Schourp-Danzig.

Die Entstehung und Organisation des Hodeninfarkts, von MAX JOSEPH MICHAEL. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 9, Heft 2.) Klinische und genaue Beschreibung eines Falles von Hodeninfarkt, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Der Verfasser zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse: In der Ätiologie des Hodeninfarkts kommt der Samenstrangtorsion eine überwiegende Bedeutung zu. Diese führt zu einer Kompression der Venen, meistens auch der Arterien und dadurch zum hämorrhagischen Totalinfarkt. Die Blutungen sind unter der Albuginea am stärksten und nehmen gegen das Zentrum des Hodens zu ab. Die Regeneration erfolgt zum Teil unter Bildung eines Granulationsgewebes, zum Teil als Spermatoangitis fibrosa obliterans.

Richard Frühwald-Leipzig.

Darf man die Existenz der Orchitis traumatica anerkennen? von F. MOTY. (Semaine méd., 1911, Nr. 42.) Es besteht sehr wohl eine traumatische Orchitis, welche als solche diagnostiziert werden kann und einen typischen Verlauf nimmt. Entweder sie kehrt sehr schnell (viel schneller als die entzündliche) zur Norm zurück oder sie ist — in besonders schweren Fällen — von Atrophie gefolgt. Gunsett-Straßburg.

Experimentelle Untersuchungen über einen Zusammenhang zwischen Leberschädigung und Hodenveränderung, von K. J. SCHOPPER-Wien. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 8, Heft 2.) Das Ergebnis der Versuche ist, daß sowohl bei Exstirpation der Leber als auch bei Röntgenbestrahlung der Leber mit einer gewissen Konstanz Veränderungen in den Hoden erzeugt werden, die im Sinne einer Herabsetzung des Ablaufes der germinativen Funktion gedeutet werden müssen und zu einem völligen Sistieren dieser, sowie zu einer totalen Atrophie der Hodenkanälchen gedeihen können.

Digitized by Google

Die histologischen Erscheinungen zeigen zuerst ein Aufhören der Spermiogenese, Transsudation in das Zwischengewebe, sodann Abstoßung der Epithelien und Bildung von mehrkernigen Zellen bis zum völligen Mangel des Epithelbelages in den Hodenkanälchen, in welchem Stadium sodann Vermehrung von Hodenzwischenzellen auftreten kann. (Derselbe Artikel steht in der Presse méd., 1911, Nr. 88.) Schourp-Danzig.

Über Hodenatrophie nach Parotitis epidemica, von H. C. Hall-Kopenhagen. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 2.) Die Orchitis parotitica kann eine Hodenatrophie hervorrufen, die in pathologisch-anatomischer Beziehung als eine Fibrosis auftritt. In Berücksichtigung des häufigen Vorkommens der Parotitis läßt sich in Übereinstimmung mit Simmonds annehmen, daß eine gewisse, wahrscheinlich nicht kleine Zahl der bei Autopsie vorgefundenen zarten Testisfibromen unbekannter Ätiologie — namentlich bei jungen Individuen — parotitischen Ursprunges ist. Schourp-Danzig.

Die Herkunft der intrakanalikulären Riesenzellen bei der Hodentuberkulose, von Fritz Lotsch-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 2.) L. weist nach, daß die Epithelzellen sich an der Bildung von tuberkulösen Riesenzellen nicht beteiligen. Schourp-Danzig.

Der Hoden bei Nebenhodentuberkulose, von Artur Samuel. (Wien. klin. Rundsch., 1911, Nr. 46—47.) Nach einem kurzen Überblick über die wichtigsten einschlägigen Arbeiten geht Verfasser auf den Zweck seiner Arbeit ein, nämlich festzustellen, wieweit der Hoden bei klinisch ausgeprägter Nebenhodentuberkulose beteiligt ist. Bei der mikroskopischen Untersuchung von sechs Hoden fand er nun: Zwei Hoden mit Zeichen von Tuberkulose, drei Hoden mit Zeichen einer Entzündung und einen Hoden normal. Das Verhalten der Spermatogenese war dadurch bemerkenswert, daß die samenerzeugenden Zellen, trotz grober anatomischer Veränderungen in der Nachbarschaft, in ihrer physiologischen Tätigkeit beharren. Diese Befunde sind natürlich in therapeutischer Hinsicht sehr bemerkenswert. Richard Frühwald-Leipzig.

Akute Epididymitis als Folge von Muskelspannung, von A. Edwards-Manchester. (Brit. med. Journ., 13. April 1912.) Bei zwei kräftigen Männern hat E. die Entstehung einer recht erheblichen entzündlichen Schwellung des Nebenhodens als Folge einer gewaltsamen Anspannung der abdominellen und sonstigen Körpermuskeln beobachtet. Er erklärt den Vorgang durch eine übermäßige Anfüllung und darauffolgendes Einreißen im Gebiete der Vena spermatica mit reaktiver Entzündung als weitere Nachwirkung. Hiermit stimmt die Tatsache überein, daß beide Patienten bei der beschuldigten Überanstrengung zwar einen lebhaften Schmerz von kurzer Dauer verspürten, daß aber die Schwellung und der anhaltende Schmerz erst einige Tage später einsetzten. Die genaue, auch instrumentelle Untersuchung der Urethra ergab in beiden Fällen vollständig normale Verhältnisse. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Chirurgische Maßnahmen gegen die Spätfolgen der Epididymitis, von Ferdinand C. Walsh-San Antonio, Texas. (New York med. Journ., 4. Nov. 1911.) W. empfiehlt aufs eindringlichste in jedem Falle von blennorrhoischer Entzündung des Nebenhodens einen Einschnitt in denselben zu machen; denn damit werde rasch der Schmerz beseitigt, die Zeit der Bettruhe für den Patienten verkürzt, die Gefahr der Rezidive bedeutend vermindert und der blennorrhoische Prozeß selbst rascher zur Heilung gebracht. In der begründeten Annahme, daß 40% aller Fälle von Epididymitis Sterilität zur Folge haben, dieser Prozentsatz durch die Operation bedeutend vermindert wird, dieselbe keine irgendwie nennenswerten schlimmen Folgen (Mortalität) hat, und da in 10 von 12 selbst operierten Fällen von W. Eiter gefunden wurde, sprechen alle Umstände zugunsten der Operation. Die 12 Fälle W.s betrafen sowohl akut aufgetretene

Digitized by Google

wie rezidivierende Fälle, die Resultate waren in jedem derselben vorzügliche und W. wird diese energische Maßnahme in jedem Falle, wo immer sie möglich, ergreifen.
Stern-München.

Wie soll Nebenhodenentzündung behandelt werden? von M. Porosz-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 52. Nach Verfasser ist die Epididymispunktion überflüssig; die sich wiederholenden Epididymitisrezidive, die möglicherweise gar nicht Gonokokken zuzuschreiben sind, können als Epididymitis sympathica bezeichnet werden, deren Krankenbild Verfasser in dieser Zeitschrift 1901 beschrieben hat. Am wichtigsten ist, daß der Hoden in Ruhezustand versetzt wird durch Anlegung eines guten Suspensoriums. Beim Aufbinden des Hodens, dabei muß der Kranke stehen, hebt Verfasser mittels 4—5 Finger breiter Rollwatte den Hodensack vom Damme nach vorne hoch; der Kranke hält beide Enden der Rollwatte auf der Inguinalgegend mit beiden Händen und der Arzt deckt eventuell noch mit einem Querstreifen unterhalb des Penis das Skrotum zu. Der Verband kann 3—5 Tage liegen. Hat der Kranke Fieber, so muß er ruhen. Phenazetin zur Verminderung der Schmerzen einnehmen und bei häufigem Harndrang und schmerzhaftem Urinieren (dreimal täglich) ein Suppositorium aus $^1/_2$ cg Morphin und 1 cg Extr. bellad. einführen. Wichtig ist auch die Verhinderung der Obstipation. Das Elektrisieren der Prostata wird fortgesetzt und Verfasser schreckt auch vor vorsichtigen tiefen Injektionen nicht zurück. Zur Beschleunigung der Absorption wendet er die Biersche Stauung an. Juckt die Skrotalhaut, muß der Verband gewechselt werden. Nimmt die Empfindsamkeit ab, bekommt Patient ein heißes Sitzbad. Es ist gleichgültig, was man als Vermittler der Wärme anwendet. Verfasser hatte schon Fälle, in denen keine Spur einer Entzündung mehr zu entdecken war. Die Sicherung der Ruhe des Organs, die Beschleunigung des Verlaufs und der Absorption der Entzündung ist die Hauptsache. Zu diesem Zwecke sind die kalten oder gar Eiskompressen nicht geeignet. Autoreferat.

Eine Vakzinebehandlung der Hydrozele, von S. Mallannah-Hyderabad. (Brit. med. Journ., 27. Jan. 1912.) Bei der bakteriologischen Untersuchung des Inhalts von Hydrozelen erhielt M. unter 40 Fällen mit einer einzigen Ausnahme stets ein negatives Resultat. Der Ausnahmefall lieferte beim Kultivieren den Bacillus pyocyaneus. Verfasser kam auf den Gedanken, eine Vakzine von 25 Millionen in die Tunica vaginalis nach Entleerung der Flüssigkeit zu injizieren. Der unmittelbare Erfolg war mit starkem Fieber und erheblicher Vergrößerung des Skrotums ein sehr bedenklicher; schließlich erfolgte aber völlige Heilung der Hydrozele, die im Laufe der letzten 10 Jahre mehr als ein dutzendmal hatte punktiert werden müssen. Bei 12 anderen Fällen hat Verfasser daraufhin denselben Bazillus resp. den Staphylococcus pyogenes aureus als Vakzine teils mit, teils ohne Punktion der Hydrozele angewandt und ganz auffallende Verminderungen des Umfangs des Hodensacks konstatiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wiederherstellung der Tunica vaginalis des Hodens mit Peritonealstücken, von Alfonso Libroia. (Riforma med., 1912, Nr. 3.) Da nach der Beobachtung vieler Verfasser die vollständige Entfernung der Tunica vaginalis des Hodens zu Punktionsstörungen, ja sogar zu Atrophie des Hodens führt, so versuchte L. durch Überpflanzung eines Peritoneallappens dieselbe zu ersetzen. Das Experiment gelang ihm vollständig bei Hunden. Es wurden Peritoneallappen bei einem Hunde exstirpiert, in physiologischer Kochsalzlösung aufgehoben und einem anderen Hunde überpflanzt. Das überpflanzte Peritonealstück übernahm vollständig die Funktion der exstirpierten Tunica vaginalis. Gunsett-Straßburg.

Der Samenstrang. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 130.) Eine anatomische Beschreibung des Organs. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Ein Beitrag zur Stieltorsion des Samenstranges, von Erich Krause. (Dissertation, Greifswald 1911.) Die praktisch wichtigste Seite der Samenstrangtorsion ist die Unterscheidung zwischen der Torsion des Samenstranges und der eingeklemmten Hernie. Die Diagnose, ist durchaus nicht immer leicht zu stellen. Daß es sich um eine Torsion handeln könnte, kann man wohl annehmen, wenn ein Hoden im Skrotum fehlt, aber gleichzeitig könnte in diesem Falle auch noch ein kleiner Bruch vorhanden sein. Einen eingeklemmten Bruch wird man wohl ausschließen dürfen, wenn die schmerzhafte Geschwulst in der Leistengegend einen leeren Perkussionsschall gibt und man beim Pressen und Husten keinen Anprall erhält und sonst Ileuserscheinungen fehlen. Die Therapie soll im Gegensatz zu früher zunächst konservativ verfahren, für die Kastration ist immer noch Zeit vorhanden. Es ist zunächst in jedem Falle Wert darauf zu legen, den betr. Hoden zu erhalten. Einen Hoden, in dem sich nicht gleich nach erfolgter Detorsion die Blutzirkulation wiederherstellt, als verloren anzusehen, ist nach den neuesten Erfahrungen falsch. Fritz Loeb-München.

Über zwei Fälle von Samenstrangtumoren, von H. Schlueter-Straßburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) In dem ersten Falle (60 Jahre alter Mann) handelte es sich um ein Lipom, das zu den häufigsten Neubildungen des Samenstrangs gehört; die Tunica vaginalis propria bildete zugleich auch die Hülle des Tumors. In dem zweiten Falle lag ein Myxom vor, das sich bei einem 48jährigen Manne innerhalb von 5 Jahren von Erbsen- bis zu Dreimannesfaustgröße entwickelt hatte. Dieser Tumor stand in unmittelbarem Verband mit dem Samenstrang. Arthur Schucht-Danzig.

Varicocele lymphatica, von F. C. Madden-Kairo. (Lancet, 6. Jan. 1912.) Bei drei Fällen, welche klinisch vollständig das Bild der Varikozele darboten, konstatierte M. bei der Operation, daß die Schwellungen nicht auf Venenerweiterungen beruhten, sondern auf dem Vorhandensein von sehr dünnwandigen, erweiterten Lymphbahnen, welche in dem Samenstrang eingelagert waren. Wahrscheinlich handelte es sich um Einwirkungen von Filaria, obwohl die Untersuchungen nach dieser Richtung negativ ausfielen. Der chirurgische Eingriff, der ganz analog der Varikozelenoperation ausgeführt wurde, lieferte durchaus befriedigende Resultate. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die erworbene diastemato-spermatische Insuffizienz der Erwachsenen, von Noël Fiessinger. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 41.) Unter diesem Namen faßt der Verfasser einige von ihm und anderen gemachte Beobachtungen zusammen. Das Krankheitsbild entwickelt sich im Alter von 25—40 Jahren und erreicht in einigen Monaten seine Vollendung. Die Haare des Bartes, der Achselhöhlen und der Genitalregion fallen völlig aus. Die Gesichtshaut wird entweder gedunsen, wie myxödematös, oder glatt, fein gefältelt, wie bei einem Greise. Penis und Skrotum sind bedeutend verkleinert, die Hoden atrophisch. Erektion und Ejakulation fehlen vollständig. Dazu kommt monotone Sprache, Apathie, niedriger Blutdruck, Atrophie der Thyreoidea. Der Grund dieses Symptomenkomplexes liegt im Ausfalle der inneren und der spermatischen Sekretion der Hoden. Die Affektion der Schilddrüse ist sekundärer Natur. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage über die elastischen Fasern und das Pigment in den Samenblasen des Menschen, von K. Namba-Japan. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 8, Heft 3.) Die Entwicklung der elastischen Fasern der Samenblasen erfolgt schon im fötalen Leben und hält sich nach der Geburt in bescheidenen Grenzen, um im allgemeinen erst nach der Pubertät jene Höhe zu erreichen, die beim Erwachsenen in allen Lebensstufen beibehalten wird. Das Muskelpigment der Samenblasen ist nicht identisch mit dem Epithelpigment: das Muskelpigment stellt ein pleomorphes Pigment dar, bei dem neben körnigen auch kristallähnliche und trophische Bildungen beobachtet werden; das Epithelpigment

Digitized by Google

läßt kristallähnliche Bildungen vermissen und zeigt eine gewisse einheitliche Form. Der Unterschied ist aber auch in dem färberischen Verhalten beider Pigmente begründet. Bei den im Epithelpigment und im Muskelpigment der Samenblasen mit Sudan nachweisbaren lipoiden Körpern handelt es sich wahrscheinlich um Fettsäuren.

Schourp-Danzig.

Verkalkung, von W. H. Schultze-Braunschweig. (Ergebn. der allg. Path. u. pathol. Anat. des Menschen u. der Tiere, 14. Jahrgang [Lubarsch-Ostertag].) Aus dem eingehenden Sammelreferat des Verfassers ist für Dermatologen von Interesse die Verkalkung der Samenbläschen. Er erwähnt insbesondere die Fälle von Chiari, der bei seniler Verkalkung die erste Kalkanhäufung in dem sklerotisch gewordenen Bindegewebe der Muskulatur fand, welche zuletzt die Muskulatur vollständig verdrängte. Auch konzentrisch geschichtete Kalkkugeln, Verkalkung der Media kleiner Gefäße und Knochenbildung konnte, wenn auch selten, beobachtet werden. Ferner bespricht er die Röntgenaufnahmen von Fränkel von Verkalkung der Samenleiter.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fibromyom der Samenblase, von W. Ceelen-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 2.) Bei einem infolge von Leberzirrhose gestorbenen 67jährigen Manne fand man bei der Autopsie ein Fibromyom der rechten Samenblase mit starken regressiven Veränderungen und angiomatösen Partien. Die von der Hinterwand der r. Samenblase ausgehende Geschwulst hatte die Harnblase und die Prostata über die Mittellinie hinaus nach links verdrängt und eine Langstreckung des prostatischen Teiles der Harnröhre durch Anpressen an das linke Os pubis bewirkt. Schourp-Danzig.

Azoospermie und Syphilis, von Oskar Scheuer-Wien. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 43.) In dem hier mitgeteilten Falle handelte es sich um einen luetischen Azoospermisten im Latenzstadium. Die Hodenpunktion ergab aber das Vorhandensein normaler Spermatozoen, bewies also das Vorhandensein einer Obliterationsazoospermie, die auf Quecksilber und Jod ganz zurückging. Die Untersuchung weiterer 20 Fälle von Luetikern aller drei Stadien auf Azoospermie, die überall negativ ausfiel, läßt schließen, daß die Azoospermie bei Syphilis äußerst selten ist und nur dann vorkommt, wenn lokale Veränderungen im Hoden oder Nebenhoden sich finden. Die Samenfäden als solche werden durch Syphilis nicht verändert. In der Samenflüssigkeit konnten Spirochäten nicht nachgewiesen werden. Gunsett-Straßburg.

Urethroskopische Befunde bei Spermatorrhöe und Prostatorrhöe, von O. Scheuer-Wien. (Med. Klinik, 1911, Nr. 45.) Es fanden sich bei diesen Patienten urethroskopisch klaffende, weite Mündungen des Sinus prostaticus und der Ductus ejaculatorii. Diese Befunde deuten auf rigide, schwielige Ductus ejaculatorii hin, welche mit ihren klaffenden Mündungen die Vesiculae seminales schlecht abschließen; sie dienen zur Erklärung der bei chronischen Entzündungen der hinteren Harnröhre auftretenden Spermatorrhöe. Arthur Schucht-Danzig.

c. Prostata.

Über die Bedeutung der Prostata beim Harnlassen und über den Mechanismus der prostatischen Harnbeschwerden, von Axel Lendorf-Kopenhagen. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 4.) Nicht der Sphincter internus allein, sondern die ganze Ringmuskulatur der Prostata besorgt unter normalen Verhältnissen den permanenten Blasenverschluß. Der Sphincter internus ist entbehrlich, ohne daß dadurch Störungen im Harnlassen hervorgerufen werden. Es hat daher bei den Prostatektomien keinen Zweck, auf seine Schonung Gewicht zu legen, vielleicht die Fälle ausgenommen, in denen es gilt, die Potentia procreandi zu bewahren. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Sexuelle Neurasthenie und die Prostata, von G. F. Lydston-Chikago. (Med. Record, 3. Febr. 1912.) Verfasser beklagt, daß viele Patienten mit Klagen über sexuelle Störungen vom Arzt nicht ernst genommen, nicht genau untersucht und so den Kurpfuschern in die Hände getrieben werden; während der Arzt dem Patienten erklärt, es sei nichts los mit ihm, findet der Kurpfuscher, der sich den Zustand des Patienten in pekuniärer Hinsicht zunutze macht, alle möglichen Leiden an ihm, und macht dadurch seinen Zustand immer schlimmer.

Nach den Erfahrungen des Verfassers findet sich fast bei jedem Falle von sexueller Neurasthenie des Mannes eine Hyperämie der Prostata und eine Hyperästhesie der Urethra prostatica, besonders des Colliculus seminalis. Gewiß ist es notwendig, bei diesen Patienten Schlaf, Diät und Arbeit zu regulieren, oft auch hydrotherapeutische Applikationen vorzunehmen, aber das Wesentliche bleibt die Massage der Prostata, Einträuflungen von Höllenstein und in vielen Fällen Spülungen oder Dilatationen. Häufig ist eine hartnäckige Prostatorrhöe damit verbunden und in solchen Fällen hat eine temporäre Resektion der Vasa deferentia glänzende Resultate gezeitigt.

W. Lehmann-Stettin.

Pathologie der Prostata, von L. B. Wilson und B. F. McGrath. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1601.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Prostatometer, von Henry J. Scherk-St. Louis. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 5.) Das nach Art eines Tasterzirkels gearbeitete Instrument ist zur Messung der Größe der vergrößerten Prostata bestimmt. Der eine Arm, der aus einer biegsamen Metallsonde besteht, wird in die Harnröhre eingeführt und sein Endpunkt der höchsten Stelle der Prostata angelegt; der andere Arm wird ins Rektum eingeführt und legt sich hier dem vorspringendsten Punkt der Prostata an. Das Instrument kann zur Messung der verschiedenen Durchmesser der Prostata benutzt werden. Fendt-Wiesbaden.

Über Nutzwirkung des Thiosinamins in einer wasserlöslichen Form bei entzündlichen Prostatainduration en, von Karl Ullmann-Wien. (Klin.-ther. Wochenschr., 1911, 49.) Ullmann behandelt die chron. Prostatitis, soweit es sich um nicht zu alte und gefäßlose oder verkalkte Schwielen handelt, sondern um noch starke gefäßhaltige und bluthaltige jüngere Schwielen, mit Thiosinamin in einer von ihm angewandten Form des besser löslichen Sinapals (wasserlösl. Thiosinamin) und Massage, die $^1/_2$ Std. nach der Einverleibung der Präparate zu erfolgen hat, mit bestem Erfolge (mit Ausschluß der Hypertrophika). Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zur Kenntnis der chronischen nichttuberkulösen Prostataabszesse, von M. Battesti. (Thèse de Montpellier, 1911.) Fritz Loeb-München.

Prostatadehnung, von C. Bayer. (Dtsch. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.) Verfasser hat in Fällen von chronischer Prostatitis und Prostatahypertrophie, bei denen der Krampf vor und nach dem Urinieren das vorherrschende Symptom bildet und die einer Radikalbehandlung nicht unterzogen werden können, schlägt Verfasser vor, eine Dehnung des Sphinkters und des prostatischen Teils der Harnröhre vorzunehmen. Er hat zu dem Zweck einen Metallkatheter mit großer bogenförmiger Krümmung konstruiert, der frontal in seiner ganzen Länge gespalten ist, so daß beide Hälften durch die am Pavillon angebrachte Schraube wie die Branchen eines Lithotriptors, aber auseinanderweichend, gleiten. Die Dehnung kann etwa $1^1/_2$—2 cm betragen, ohne daß bedeutende Blutung entsteht. Die Erfolge sind ermutigend, besonders bei wiederholter Dehnung, zumal diese sagittale Dehnung die regelmäßig vorhandene Knickung der hinteren Wand des Blasenhalses beseitigt. F. Hahn-Bremen.

Digitized by Google

Über Prostataatrophie, von Barth-Danzig. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 95, Heft 3.) B. beobachtete bei einem 56jährigen und bei einem 63jährigen Manne Prostataatrophie, die zur Gruppe der erworbenen Atrophie gehört. Durch Operation bzw. Totalexstirpation, welche sich durch schwielige Verwachsungen recht schwierig gestaltete, entfernte der Verfasser zwei harte Knötchen von Bohnengröße. Mikroskopisch zeigten diese das Bild chronischer Prostatitis mit periglandulärer kleinzelliger Infiltration und Ersatz der Muskulatur durch derbes Bindegewebe. Der funktionelle Erfolg der Operation war sehr günstig; die Patienten blieben beschwerdefrei und entleerten den Harn wie ein Gesunder. Für das Zustandekommen solcher indurativen Prostatitis chronica ist vielleicht eine in der Jugend durchgemachte Blennorrhöe zu berücksichtigen.

Schourp-Danzig.

Pyonephritis et Prostatitis actinomycotica, von Th. Cohn-Königsberg i. Pr. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Bei dem 46jährigen Patienten bestand seit 15 Jahren ein Harnleiden. Der Harn enthielt bei intakter Blasenwand reichlich Eiter, in dem außer Staphylococcus albus und nicht säurefesten Stäbchen verzweigte Fäden nachgewiesen wurden. Letztere wurden kulturell als Aktinomyzeten nachgewiesen. Die gleichen Erreger konnten neben Eiterzellen im Prostatasekret nachgewiesen werden und es ist dieses somit nach Verfasser der erste veröffentlichte Fall von selbständiger primärer oder sekundärer Erkrankung der Prostata durch Aktinomykose.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Epitheliom der Prostata und seine Behandlung, von H. Mahmoud. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 5.) Fritz Loeb-München.

Über Prostatakarzinome und ihre chirurgische Behandlung, von H. L. Posner-Heidelberg. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 44.) Verfasser fand in exstirpierten Prostatakarzinomen große Mengen von Lipoiden intrazellulär, so daß die Prostatakarzinome wohl wirklich von den Drüsenepithelien der Vorsteherdrüse abstammen und deren spezifische Tätigkeit — Lipoidsekretion — in gesteigertem Maße fortführen. Er berichtet sodann über vier gut verlaufene Fälle von malignen Tumoren der Prostata, wo mit Hilfe des Wilmsschen Schnittes die erkrankten Vorsteherdrüsen nebst Samenblasen exstirpiert wurden. Die Radikaloperation im Sinne Youngs erregt Bedenken wegen ihrer zu hohen Sterblichkeitsziffer. Arthur Schucht-Danzig.

Über Radium bei Prostatakrebs, von Jean Cauhapé. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 206.) Unter sechs Kranken, die die Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden, wurde bei vieren ein deutlicher Erfolg der Radiumanwendung festgestellt. Durch dieselbe, in Verbindung mit zweckmäßiger urologischer Therapie, wurden die schweren funktionellen Störungen gebessert und, besonders deutlich in zwei Fällen, kam es zu einem Weicherwerden der Prostata und einer fortschreitenden Verkleinerung derselben, in einem der Fälle sogar bis zu einer Verkleinerung bis unter die Norm. In zwei Fällen mit weit vorgeschrittener Krebsentwicklung war diese nicht durch die Radiumanwendung aufzuhalten. Auf Grund seiner Erfahrungen hält es Verfasser für durchaus berechtigt, in Fällen von sicher diagnostiziertem Prostatakrebs die Radiumtherapie in Anwendung zu bringen. Das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichnis enthält 51 einschlägige Titel.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Prostatasarkom, von H. G. Pleschner-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Es handelt sich um einen 54jähr. Tagelöhner, der einen von der Symphyse her sowohl wie vom Rektum aus zu palpierenden mächtigen Tumor aufwies und sakral operiert wurde. Die histologische Untersuchung ergab ein Sarkom von kleinspindelzelligem Typus, das anscheinend von der Prostata ausging. Der Patient verließ am 13. Tage das Bett, am 21. die Klinik. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Ein Fall von Harnretention infolge Hypertrophie der Prostata mit nachfolgender Punctio vesicae suprapubica, von SIMON LEDERER-Asch. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Nach zweimaliger Punctio vesicae tritt spontane Harnentleerung wieder ein. Arthur Schucht-Danzig.

Neueres zur Anatomie der Prostatahypertrophie, von DE QUERVAIN-Basel. (Schweizer Corresp.-Bl., 1911, Nr. 23.) Die Ausschälung der Prostata nach FREYER ist keine Totalenukleation des Organes, sondern nur eine intraglanduläre Ausschälung hypertrophischer Massen. Gewöhnlich sitzen die ausgeschälten Massen, der Lage des anatomischen Mittellappens entsprechend, besonders hinter der Harnröhre. Doch kommt auch eine gewisse Vergrößerung an den eigentlichen Seitenlappen der Prostata vor. Die Ausschälung vollzieht sich dann nicht intraprostatisch, sondern in den inneren Schichten der eigentlichen Prostatakapsel bzw. zwischen ihr und dem Beckenbindegewebe. Auch hier wird Prostatagewebe zurückgelassen, sei es in der Kapsel, sei es im Mittellappen. Schourp-Danzig.

Die Prostata, Prostatismus und Prostatektomie, von JAMES H. NICOLL-Glasgow. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3791.) Kurze Übersicht; enthält nichts Neues. Fendt-Wiesbaden.

Die Ätiologie der Prostatahypertrophie, von EDGAR BALLENGER-Atlanta. (Med. Record, 10. Sept. 1911.) Da die Prostatahypertrophie fast ein Drittel aller Männer über 50 Jahre zu schaffen macht, so geht aus dieser Häufigkeit für B. hervor, daß die Ursache eine ganz allgemeine sein muß. Er ist der Meinung, daß eine toxische Irritation von geringer Intensität, aber langer Dauer die Gewebe zur Proliferation anregt. Diese Irritation wird verursacht durch Millionen von Bakterien, die, sonst nicht pathogen, nicht pyogen, diesen geringen, aber langanhaltenden Reiz auslösen. Er hat bei seinen Patienten, besonders solchen mit sexuellen Neurosen, Hyperästhesie der hinteren Harnröhre, Blasenreizung, Jucken in der Harnröhre usw., systematische Untersuchungen des Prostatasekrets vorgenommen und im letzten Jahre bei 110 Patienten regelmäßig Unmengen von Kolibazillen und Staphylokokken, gelegentlich auch andere Organismen gefunden. Aus der Literatur trägt Verfasser eine Anzahl Angaben zusammen, die bis zu einem gewissen Grad seine Ansichten stützen können. W. Lehmann-Stettin.

Zur Ätiologie der Prostatahypertrophie und ihrer Behandlung mit Röntgenbestrahlung der Hoden, von A. HOCK-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Anknüpfend an den Artikel von WILMS und POSNER (Münch. med. Wochenschr., Nr. 36) bemerkt Verfasser, daß er bereits vor sieben Jahren Versuche mit diesem Verfahren angestellt und darüber auch berichtet habe. Er findet aber, daß die Methode nur indiziert ist, wenn eine Kongestion der Vorsteherdrüse die Ursache der vorhandenen Beschwerden bildet. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ductus ejaculatorii bei der Prostatahypertrophie. Die sexuellen Funktionen nach der FREYERschen Operation, von LUIS EDUARDO AYBAR. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 385.) Gründliche pathologisch-anatomische Studie mit zahlreichen, sehr instruktiven Abbildungen. Zum Studium im Original empfohlen. Fritz Loeb-München.

Prostatahypertrophie und Blasenstein, ein Beitrag zur differentiellen Diagnostik dieser Erkrankungen, von P. JANSSEN-Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) An drei Krankengeschichten demonstriert J. die Wichtigkeit der Anwendung aller diagnostischen Hilfsmittel, nicht nur der Palpation und der Sondierung, sondern auch namentlich der Röntgenstrahlen und der Zystoskopie, zur Erkennung dieser beiden sich klinisch oft so ähnlichen und auch oft einander bedingenden Leiden. Be-

Digitized by Google

sonders bemerkenswert ist der eine Fall, bei dem nach der Entfernung von 16 erbsen- bis kirschgroßen Steinen durch Sectio alta nach Entfernung des Verweilkatheters am zwölften Tage p.o. totale Retentio urinae auftrat. Als Ursache entdeckte man eine ventilklappenartige Vortreibung des Mittelstückes der Prostata. Vor der Steinoperation war nie zur Urinentleerung ärztliche Hilfe nötig gewesen, weil das Gewicht der eingelagerten Steine den Prostatalappen von dem Orificium vesicae mechanisch abhob.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Prostatahypertrophie durch Prostatadehnung, von F. Kraemer-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Nach dem Vorgang von Bayer hat F. bei vier Fällen (von denen einer bereits publiziert ist) die mechanische Dehnung der Pars prostatica urethrae mit Nutzen ausgeführt. Es wurde mit dem Kollmannschen Dilatator, natürlich unter aseptischen Vorsichtsmaßregeln, eine Erweiterung bis auf 32 Charrière in einer einmaligen Sitzung angestrebt. Falls dabei sich Neigung zu Blutungen zeigt, wird ein Verweilkatheter eingelegt, doch ist dies nicht in jedem Falle unerläßlich. Aus den mitgeteilten Krankenberichten ergibt sich, daß das Verfahren sehr wohl imstande ist, die Fähigkeit zur spontanen Urinentleerung in manchen Fällen von Prostatavergrößerung wenigstens auf längere Zeit wiederherzustellen. Namentlich bei Patienten, welche wegen Komplikationen zur radikalen Operation ungeeignet sind, wird man berechtigt sein, einen Versuch mit der Bayerschen Methode zu empfehlen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verwendung von Röntgenstrahlen bei der Prostatahypertrophie, eine therapeutische Studie, von J. W. Hunter-Norfolk. (Amer. Journ. med. scien., Febr. 1912.) Mehr oder weniger ausgesprochen günstige Erfolge der Röntgenbestrahlung bei Prostatabeschwerden hat H. bei sieben in ihren Hauptpunkten anschaulich dargelegten Fällen konstatiert. Die Zahl der Applikationen war recht verschieden; in dem einen Falle wurden 20 Sitzungen im Laufe der etwas protrahierten Kur gegeben. Zur Technik mag bemerkt werden, daß H. die Strahlen direkt auf das Perineum bei Simsscher Seitenlagerung des Patienten und ohne Bedeckung der meistens angeschwollenen (bei seinen hochbetagten Patienten) Testikel einwirken läßt. Die Sitzungen dauerten in der Regel 5 bis 10 Minuten und wurden bis zur Erzeugung einer leichten Dermatitis in kurzen Zwischenräumen wiederholt. Für alle Fälle von Prostatavergrößerung ist aber dieses Mittel jedenfalls nicht ausreichend und soll nicht unbegrenzt fortgebraucht werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Wilhelm Karo-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 4.) Verfasser behandelte den Prostatismus durch Yohimbininjektionen, anfangs täglich, später jeden 2. Tag, im ganzen 7 Wochen lang. Der günstige Einfluß auf die Miktionsstörungen war augenfällig. Er glaubt, daß diese Wirkung nicht lediglich durch vorübergehende zentrale Reize bedingt ist, sondern daß die Drüsentätigkeit der Prostata aufgefrischt wird, ähnlich wie in den Hoden durch Yohimbin eine erneute Samenbildung eintritt. Die funktionelle Restitution soll von Dauer sein.

Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zur Kasuistik der Hodenbestrahlung (Röntgenkastration) bei Prostatahypertrophie, von O. Ehrmann-Mannheim. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 13.) Bei einem 59jährigen, seit etwa $^1/_2$ Jahr an Urinbeschwerden leidenden Manne, der wegen Hämaturie in Behandlung kam, hat E. mit einer einmaligen Röntgenbestrahlung der Hoden einen ausgezeichneten Erfolg erzielt, nachdem die sonstige Therapie nur vorübergehend Besserung gebracht hatte. Es war mit einer mittelharten Burgerröhre ca. $^2/_3$ Erythemdosis = 3 H Holzknecht Chromoradiometerskala zu Sabouraud-Noiré in 10 Minuten gegeben worden. Im Gegensatz zu diesem ausführlich mitgeteilten Falle

Digitized by Google

mit einer zwar großen, aber nur mäßig harten Prostata hat Verfasser seitdem bei einem zweiten, kurz erwähnten Fall mit derbfibröser Drüse ein Versagen der Röntgenbehandlung zu konstatieren gehabt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behebung der Prostataobstruktion, von J. Bentley Squier-New York. (New York med. Journ., 3. Febr. 1912.) S. hebt drei Hauptfaktoren hervor, die als leitend bei dieser Behandlung zu gelten haben: 1. Die gründliche Beseitigung des Hindernisses; 2. die absolute Sicherheit, daß der Patient imstande sein wird, nach der Operation seine Blase unter Kontrolle zu haben und nicht an Harninkontinenz zu leiden, und 3. Erhaltung der Ductus ejaculatorii und der sexuellen Potenz. Das erste Erfordernis kann nach Verfassers Erfahrung besser durch den oberen Blasenschnitt als die perineale Operation erfüllt werden, ebenso das zweite, da Verletzungen des äußeren Sphincter vesicae und der perinealen Muskeln bei ersterem niemals vorkommen, während sie bei der perinealen Operation ständig in Gefahr sind. Die seitliche Kapselinzision ist sodann viel weniger gefährlich bei der Prostatektomie als der mediane Harnröhrenschnitt. Selbst vorübergehende Harnverhaltung, die man so häufig in den Berichten über die perineale Prostatektomie erwähnt findet, sollte bei richtig ausgeführter suprapubischer Operation niemals vorkommen. Squier hält diesen Punkt (der Harninkontinenz) für ebenso wichtig bei der Wahl der Operation, wie die Mortalitätsziffer. Was den dritten Faktor betrifft, so werden die Ductus ejaculatorii bei der perinealen Operation fast regelmäßig verletzt, während sie bei richtig ausgeführtem oberen Blasenschnitt nie gefährdet sind. Kurz, letzterer bietet rein anatomisch Vorteile, welche die perineale Methode nicht besitzt und bietet bessere Vorteile, um vorhandenen Komplikationen von seiten der Blase entgegenzutreten. Stern-München.

Was geschieht bei der suprapubischen Prostatektomie? Woraus entwickelt sich die sogenannte Prostatahypertrophie? von Axel Lendorf-Kopenhagen. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 2.) Die eigentliche Prostata besteht aus zwei symmetrischen Seitenlappen, zentral und peripher, von glatter Ringmuskulatur umgeben. In der Umgebung des Orificium internum in der Blase und durch die ganze Pars prostatica gibt es akzessorische Prostatadrüsen, die peripher von der zentralen Ringmuskulaturschicht (Sphincter vesicae et prostaticae) begrenzt werden.

Von diesen Drüsen nimmt die Hypertrophie ihren Ausgangspunkt, während die Prostata selbst nur ausgespreizt wird und eine Kapsel um die hypertrophische Masse bildet.

Durch die suprapubische Prostatektomie werden nur die besagten hypertrophischen Massen entfernt, während die Prostata selbst, die Wundhöhle bildend, zurückgelassen wird, indem die Ausschälung in der zentralen Ringmuskelschicht vor sich geht.

Schourp-Danzig.

Über Prostatektomie, von Favento-Triest. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Bericht über 83, von Nicolich in den letzten 2 Jahren operierte Fälle. Die Operation wurde meist unter Rachianästhesie vorgenommen und zwar 12 mal perineal und 71 mal suprapubisch. Von diesen 71 Patienten starben im Verlauf des ersten Monats 12, also 16,9%. Todesursache war fast immer Pyelonephritis. Ein Patient starb am 13. Tage an Lungenembolie. Von den 59 Gesunden konnte in 43 Fällen Nachricht über den weiteren Verlauf erhalten werden, davon waren 34 vollkommen gesund und litten an keiner Blasenstörung, während neun an interkurrenten Erkrankungen gestorben waren. W. Lehmann-Stettin.

Die Indikationen der Prostatektomie und die Vorteile der suprapubischen Methode, von James A. Gardner-Buffalo. (New York med. Journ., 20. Jan. 1912.)

Digitized by Google

Verfasser bespricht die Notwendigkeit sorgfältiger Vorbereitung vor der Prostatektomie, vor allem vorhergehender zystoskopischer Untersuchung, hebt hervor, wie wichtig möglichst geringe Mengen des anästhetischen Mittels sind, da er in der langen Dauer der Narkose eine Hauptursache der Mortalität sieht, und führt als Beweis für die Vorzüge des oberen Blasenschnitts vor der perinealen Operation vor allem die Untersuchungen von Tandler und Zuckerkandl an, wonach die Prostatahypertrophie immer eine Vergrößerung des anatomischen Mittellappens sei; der zu entfernende Teil liegt über dem Kollikulus, so daß die Ductus ejaculatorii bei der Operation nicht verletzt werden, Harnverhaltung kommt selten bei dieser Methode vor, und was den Haupteinwand gegen dieselbe betrifft, nämlich eine ständig bleibende Fistel, so glaubt G., daß diese Gefahr bei richtiger Ausführung der Operation wohl vermieden werden kann. Die Nachbehandlung besteht vor allem in ausgedehnter Dränage, bis die Blutung aufhört, was gewöhnlich in 24—48 Stunden der Fall ist, worauf der Patient das Bett verlassen kann. Die Blasenwunde schließt sich bei nicht infizierter Blase in 10—21 Tagen. Aus all diesen Gründen und weil der erkrankte Teil leichter erreichbar ist, erklärt G. den oberen Blasenschnitt für die Idealmethode zur Prostatektomie. Stern-München.

Die Prostatektomie nach Wilms, von Alex. Stieda-Halle a. S. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 4.) Der Verfasser wandte die Wilmssche Methode der perinealen Prostatektomie mit lateraler Inzision in fünf Fällen an; die rasche Ausführbarkeit, die gute Dränage nach unten zu, die geringe Blutung sind Vorzüge der Methode gegenüber der transvesikalen suprapubischen Operation mit ihrer Blutungsgefahr und Unzulänglichkeit der Dränage. Schourp-Danzig.

Zur Kenntnis der transvesikalen Prostatektomie, von A. Augier. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 121.) Fritz Loeb-München.

Transvesikale Prostatektomie bei einem 75jährigen Kranken. Heilung, von Le Clerc-Dandoy. (Policlinique, 1912, Nr. 2.) Da der Urin des Kranken sehr eitrig war, und außerdem der kryoskopische Index des Blutes ungünstig war (= — 0,59), so operierte L. zweizeitig. Zuerst wurde eine Zystotomie gemacht und erst einen Monat später die Prostatektomie vorgenommen. Zum Schlusse wurde die Blase sekundär genäht. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis einiger Komplikationen der Prostatectomia subpubica, von Jean Deroide. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 240.) Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Das von Geh. Med.-Rat Prof. A. Neisser in Breslau bekleidete persönliche Ordinariat für Dermatologie und Syphilis ist in ein etatmäßiges umgewandelt worden — das erste und vorläufig einzige im Deutschen Reiche.

Unser seit 1906 am Referatenteile tätige Mitarbeiter Dr. Artur Schucht in Danzig hat am 23. Juni bei einem Ballonaufstiege ein tragisches Ende gefunden.

Im Badeorte Gières-Uriage bei Grenoble wurde am 16. Juli ein Denkmal für Adrien Doyon, den Begründer der Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, enthüllt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. August 1912 | Nr. 31 | Band 55

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Wiener Allg. Poliklinik.
(Vorstand: Dozent Dr. G. Nobl.)

Zur pyrogenen Komponente intravenöser Salvarsaninjektionen.

Von

Priv.-Doz. Dr. G. Nobl und cand. med. S. Peller.

In der Reihe der Erklärungsmöglichkeiten jener unliebsamen Begleiterscheinungen intravenöser Salvarsaninjektionen, welche in dem Temperaturanstieg den intensivsten Ausdruck erhalten, ist der sogenannte Wasserfehler am häufigsten ventiliert und seine ursächliche Bedeutung am meisten vertreten worden. Zuerst von Wechselmann behauptet, haben dann Jeanselme und Tourain, Almkvist, Galewsky, Gonder, Jakimoff, James, McIntosh, Fildes und Dearden, Hüfler, Herbsmann u. a. in der ungenügenden Sterilisation, d. h. in dem abnormen Keimgehalt des benützten Vehikels, die auslösende Noxe erblickt.

Andere Beobachter, die mit erhöhter Sorgfalt die technische Seite der Salvarsanapplikation kontrollierten, sind eher geneigt den pyrogenen Faktor in der Konzentration der angewandten Lösungen zu vermuten. (Marschalko, Albrecht, Mayer, Wehner u. a.) Nach analogen Schwankungen der Temperaturverhältnisse bei der intravenösen Applikation anderer Chemikalien ist wiederholt auch die Bedeutung des Kochsalzzusatzes zur Salvarsanlösung als fieberauslösende Komponente ventiliert worden (Stümpke, Braun).

Vorzüglich aber war es die Parole des „Wasserschadens", die mit klinischen Exempeln belegt und mit experimentellen Hinweisen gestützt den Vorgang der Hyperpyrese dem Verständnis näher bringen sollte, jedoch gleichzeitig immer mehr von den richtig angebahnten Aufklärungsfährten ablenkte. So kam es, daß die Gewebstoxizität des Salvarsans und die Abhängigkeit der Reaktionserscheinungen von dem Stand der luetischen Durchseuchung nicht in jenem Umfang beachtet wurden, als es ihre eminente ursächliche Rolle erfordert.

Um nun aus eigener Anschauung über die Abhängigkeit dieser Nebenwirkung des Salvarsans von der Qualität und Menge des Injektions-

Digitized by Google

wassers, von den Eigenschaften des Präparats und vom Krankheitsstadium des infizierten Organismus, leitende Anhaltspunkte zu gewinnen, haben wir die in den letzten Monaten behandelten Syphilisfälle, auf die Wechselbeziehung der angeführten Faktoren des genauern geprüft. Zunächst war es zu eruieren, wie sich die Temperaturverhältnisse bei gleichzeitiger Verwertung der gleichen Lösung bei verschiedenen Patienten gestalten. Die Destillate werden in der Anstaltsapotheke meist 12 Stunden vor dem Gebrauch vorbereitet, nur ausnahmsweise dient ein vor 36—48 Stunden destilliertes Wasser zur Injektion.

Die genaue Beachtung der Versuchsanordnung wurde in den ganzen Beobachtungsreihen eingehalten, und mögen die folgenden Protokollauszüge einiger Fälle den Injektionsverlauf illustrieren. Die Lösungen kamen stets in der gebräuchlichen Verdünnung von 0,1 Salvarsan auf 50 ccm Injektionsflüssigkeit in filtriertem, klaren Zustand zur Verwendung.

1. Am 17. XI. 1911, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 44j. M.; 3 Monate alte, mit Hg behandelte Lues (Sklerose; Exanthem, Plaques) 0,4 Salv. intrav. — Am selben Tage M. T. 37° Schüttelfrost.

b) 25j. M., $1^1/_4$ j. Lues. Vorangegangen zwei Salv.-Inj. zu 0,45 und 0,4. Rezidivroseola. Dritte Salv.-Inj.: 0,4 intrav. — Kein Fieber. Herxheimer.

2. Am 6. II. 1912 9 Uhr a. m., erhielten: a) 32j. M. Sklerose seit 2 Wochen und beginnende Komplementablenkung, 0,5 intrav. M. T. 38°. Kopfschmerzen, Erbrechen, Diarrhöe.

b) 26j. Fr.; Pap. a. d. Labien, I mac. pap. Exant. 0,4 intrav. (also eine geringere Dosis als Pat. 2a). M. T. 39,5°. Kopfschmerzen, mehrmals Diarrhöe.

3. Am 8. III. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 33j. M., $^3/_4$ j. Lues, Pap. am Penis und Tonsillarplaques. 0,5 intrav.: M. T. 37,4°, heftiger, 2 St. anhaltender Schüttelfrost, Übelkeit, Schwindel, bewußtloses Zusammenstürzen.

b) 31j. Fr.; seit 2 Mon. Pap. am Genitale: 0,4 intrav. (also geringere Dosis). M. T. 39,5° Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Erbrechen.

4. Am 18. III. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 20j. M.; Sklerose seit 12 T., 0,5 intrav. M. T. 38,3°. Schüttelfrost, Erbrechen, Diarrhöe.

b) 37j. M.; Sklerose seit 3 Wochen; 0,5 intrav.: M. T. 39,4°, lang andauernder Schüttelfrost, Kopfschmerz, kein Erbrechen, keine Diarrhöe.

5. Am 19. III. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 37j. M., multiple Sklerosen am Penis seit $3^1/_2$ Wochen und beginnendes Exant. am Stamm. 0,5 intrav.: M. T. 39,7°. Schüttelfrost, dreimal Diarrhöe und Erbrechen, Kopfschmerzen, Herxheimer.

b) 47j. M.; zweihellergroße Sklerose seit 3 Wochen, 0,5 intrav.: M. T. 39°. Kein Schüttelfrost, Erbrechen, starke (von früher schon bestehende) Diarrhöe, leichte Kopfschmerzen.

6. Am 10. V. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 27j. Fr.; Sklerose am Nacken rechts und mak. pap. Exanthem; 0,5 intrav. M. T. 38,5°. Schüttelfrost, Erbrechen, Diarrhöe.

b) 26j. M.; 1 Jahr alte mit Hg behandelte Lues. Rezidivroseola spärlich am Stamm und distalen oberen Extremitätenenden; 0,5 intrav.: M. T. 37,7°. Keine Nebenerscheinungen.

c) 29j. Fr.; $1^1/_2$ J. alte mit Hg behandelte Lues. Keine Erscheinungen. Wasser-

Digitized by Google

mann negativ. Provokatorisch 0,5 intrav.: M. T. 37,4°, leichter Brechreiz, sonst keine Nebenerscheinungen.

7. Am 14. V. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) 23j. M.; Skler. seit 3 Wochen; 0,6 intrav.: M. T. 39,4°, Schüttelfrost, Erbrechen.

b) 25j. M.; $2^1/_2$ J. alte mit Hg behandelte Lues; keine Erscheinungen. Wassermann negativ. Provokatorisch 0,5 intrav.: M. T. 37,4°. Keine Nebenerscheinungen.

8. Am 29. V. 1912, 9 Uhr a. m., erhielten: a) Patient 7a zweite Salv.-Inj. 0,6 intrav.: Temperatur normal; keine Nebenerscheinungen.

b) 22j. M.; Sklerose seit 4 Wochen; 0,5 intrav.: M. T. 38,8°, Kopfschmerzen.

Die wenigen Exempel beleuchten in überzeugender Weise, daß die sorgfältigste Sterilisierung des Instrumentariums und die peinlichste Beachtung aller durch Wechselmann aufgeworfenen Kautelen einen fieberlosen Verlauf der Injektionen nicht zu garantieren vermögen. Gleichwie in diesen Beispielen, haben wir in anderen Kontrollreihen beobachten können, daß demselben Reservoir entnommene frisch sterilisierte Wassermengen mit in weiten Grenzen schwankenden termischen Reaktionen einhergingen. Selbst die injizierte Flüssigkeitsmenge dürfte für die febrilen Erscheinungen von keiner Bedeutung sein. Im Falle 3b stieg die Temperatur um 2,1° höher als im Falle 3a, obwohl die dem gleichen Kolben entnommene Wassermenge um $^1/_5$ geringer war; das gleiche ist aus den Fällen 7a und b zu ersehen.

Daß wochenlang aufbewahrte destillierte Wasserlösungen von reichlichen Keimvegetationen saprophytischer und vielleicht auch pathogener Art durchsetzt werden können, wird wohl nie bestritten worden sein. Ebenso klar ist es aber, daß in Anstalten mit chirurgischem Betrieb und geschultem Personal die Gebote der Asepsis aufs strengste respektiert werden, und bei Vorherrschen solcher Verhältnisse von einer Masseneinschwemmung bakterieller Produkte nicht die Rede sein kann. Das pyrogene Vermögen etwa vorhandener minimaler Beimengungen fragmentierter Bakterienleiber ist keineswegs erwiesen. Am allerwenigsten scheint es aber gerechtfertigt, experimentelle Vergiftungsversuche als Stützen dieser vagen Vermutung heranzuziehen. Wenn Jakimoff mit hochvirulenten, in ihrer Toxizität bekannten Bakt.-Kolistämmen bei Meerschweinchen hohes Fieber auslösen konnte, so bezeugt dies doch nicht, daß geringe Saprophytenbeimengungen des destillierten Wassers ganz harmloser Natur eine gleich schädigende Wirkung äußern müssen. P. Th. Müller sah den Keimgehalt alten Apothekerwassers zwischen 68000 und 6050000 Mikroben schwanken. Der Durchschnittsgehalt bei Prüfung von 300 ccm Flüssigkeit, variierte zwischen 6 und 1500 Millionen. Mit diesen Verhältniszahlen sind jedoch ebensowenig die Eigenschaften frisch bereiteter Lösungen belegt, als mit den Befunden Bullochs, der in irgend einer Wasserprobe 180 Millionen Keime fand.

Digitized by Google

In den Behandlungsreihen stehen zahlreichen Beobachtungen mit maximalen Temperaturen von 38—39,5 ebenso häufig namentlich den Spätstadien der Lues angehörende, umschriebene Läsionsformen gegenüber, welche bei reaktionslosem Ablauf Einzeichnungen in die Temperaturtabellen erübrigten. Bei diesen waren es nur in physiologischen Grenzen gelegene, um Zehntelgrade sich bewegende Temperaturschwankungen, welche einen gesonderten Ausweis kaum rechtfertigen. Wie wenig die Wasserbeschaffenheit für den Reaktionsausfall von Bedeutung sein kann, bezeugt noch der Umstand, daß die für die Patienten 4a und 4b präparierte Lösung, einer neuerlichen Destillation unterzogen, nach 14 St. bei Patienten 5a eine Temperatur von 39,7 und bei Patienten 5b eine Mittagstemperatur von 39° auslöste. Nach alledem läßt sich wohl vertreten, daß der sogenannte Wasserschaden für die febrile Begleiterscheinung intravenöser Salvarsaninjektionen gänzlich belanglos ist und die auslösenden Faktoren des Phänomens auf ganz anderen Gebieten zu suchen sind.

Jüngst noch wurde in einer stimmungsreichen Diskussionssitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft (2. Juni 1912), in welcher das pharmakodynamische Vermögen des Salvarsans verschiedentlich gewürdigt wurde und über die Beziehungen der fatalen Nebenerscheinungen zur Pathologie der Lues recht dissonierende Ansichten zur Geltung gelangten, des Wasserschadens kaum mehr gedacht. Stets mehren sich hingegen die Stimmen vorurteilsloser Beobachter, die das gehäufte Auftreten meningealer Reizerscheinungen bedrohlicher Natur, epileptiforme Anfälle und zerebrale Durchfeuchtungszustände von einer gesteigerten Giftwirkung maximaler Salvarsandosen ableiten (E. Lesser, O. Rosenthal, H. Isaac, Baum, M. Friedländer, Roscher, Eckert, Tomasczewski, C. Bruhns, F. Lesser u. a.).

Über die genau erhobenen Temperaturverhältnisse bei 152 intravenös behandelten Patienten gibt die beigefügte Tabelle I Rechenschaft.

Aus dieser Fiebertabelle läßt sich zunächst mit aller Sicherheit die Tatsache ableiten, daß die Temperatursteigerung zur Zustandsform des Krankheitsprozesses in innigster Beziehung steht und zwar sind es die universellen Eruptionsformen der Frühperiode, die dicht ausgestreuten makulopapulösen Exantheme des Erstausbruches, weniger die auf umgrenzte Bezirke zusammengezogenen rezidivierenden Formen, welche zum Höchstanstieg der steil ansetzenden Fieberkurven beisteuern. So sieht man unter den Patienten der ersten zwei Gruppen in 83,9 %, bei den der restlichen Gruppen (III—VI) nur in 30,75 % eine Temperatursteigerung über 37,5° eintreten; einen Temperaturanstieg über 38,5° haben 39,8 % der I. und II. Gruppe und nur 4,61 % der restlichen. Noch krasser

Digitized by Google

Tabelle I.

Temperaturangaben über 152 intravenös behandelte Patienten.

Temperaturen	Gesamtzahlen	I. Gruppe	II.	III.	IV.	V.	VI.
		Patienten					
		vor Ausbruch der I. Allgemeinsymptome	unmittelbar bis 2 Monate nach Ausbruch der I. Allg. Sympt.	mit sek. luet. Erscheinungen, deren Krankheitsdauer über ½ J. beträgt	mit gummösen Prozessen	in der Spätlatenz (2½ bis 25 J. an Lues krank)	hereditär luetische
		abs. in Zahl %	abs. in Zahl %	abs. in Zahl %	abs. in Zahl %	abs. in Zahl %	abs. Zahl
Gesamtzahlen	152	55=100,0	32=100,0	24=100,0	19=100,0	21=100,0	1[1]
bis 37,5° inkl.	59=38,82%	10	4	13	14	17	1
über 37,5°	93=61,18%	45=81,81	28=87,5	11=45,83	5=26,31	4=19,04	—
„ 38°	57=37,5 %	33	17	6	—	1	—
„ 38,5°	37=24,34%	27=49,09	7=21,87	2= 8,33	—	1= 4,76	—
„ 39°	22=14,47%	18	4	—	—	—	—
„ 39,5°	10= 6,58%	7	3	—	—	—	—
höchste Temp.		40°=2Pat. 40,2° =1 Pat.	40°=1Pat.	39°=1Pat.	37,6°	39°=1Pat.	

werden die Gegensätze bei Zusammenstellung der Patienten der I., II. und III. Gruppe einerseits und jener der restlichen drei andererseits: 75,67 % zu 21,21 %; 32,43 % zu 2,43 %. Überdies zeigt sich noch in den einzelnen Gruppen ein gewisser Parallelismus zwischen der Summe der spezifischen Gewebsveränderungen, der Dauer ihres Bestandes und dem Fieber: So haben von 9 Patienten, bei denen die Sklerose erst einige Tage bestand, nur 2; von 14 Patienten mit Sklerose seit 1—2 Wochen 11, von 21 Patienten mit Sklerose seit 2—3 Wochen 19, von 12 Patienten mit Sklerose seit 3—4 Wochen alle 12 Temperaturen über 37,5° gehabt. Dies würde wesentlich zur Kräftigung jener viel vertretenen Annahme beisteuern, daß die Temperatursteigerung nach der Salvarsaninjektion, von dem Zerfall der angereicherten Spirochäten und dem Zirkulieren ihrer Stoffwechselprodukte abhängig sei. Es würde sich demnach nur um eine durch das Salvarsan provozierte extreme Steigerung jenes Reaktionsvorganges handeln, welcher in dem Invasionsfieber eine natürliche Vorstufe

[1] Es handelt sich hier um einen 13jährigen, mit Keratitis parenchymatosa behafteten Knaben.

Digitized by Google

besitzt. Doch leiten ähnliche Vorstellungen auf ein bis heute noch sehr unsicheres Wissensgebiet über. Es ist schwer, von einem spezifischen, durch das Salvarsan bedingten Toxinfieber (Spirillenfieber—Ehrlich) zu sprechen, wo es noch mehr als fraglich erscheint, ob der Arsenverbindung eine unmittelbare spirochätentötende Fähigkeit zuerkannt werden darf und die Kenntnis der Spirochätentoxine noch in tiefes Dunkel gehüllt ist. Jüngst wies Finger auf eine Reihe sehr beachtenswerter Umstände hin, die die Wirkungsweise des Salvarsans ebenso wie jene des Quecksilbers in ganz anderem Lichte erscheinen lassen. Wie die früheren Syphilodologen in der roborierenden, das natürliche Abwehrvermögen des Organismus stützenden Einwirkung, den Hauptwert der Hg-Kuren schätzten, so möchte Finger den durch das Salvarsan gesicherten, vorzüglichen symptomatischen Effekt in erster Linie seiner Rolle als Stimulans zuschreiben.

Berechtigte Bedenken gegen das direkte parasitizide Vermögen des Salvarsans werden durch die Remanenz von Spirochäten in abgeheilten Effloreszenzen, durch die protrahierte Lebensfähigkeit der Keime in konzentrierten Salvarsanlösungen (Dunkelfeld), nicht minder durch das häufige Wiedererscheinen spirochätenreicher Reaktionsprodukte zur Genüge rege erhalten. Daß die Bedeutung des Salvarsans als Heilmittel nicht in seiner unmittelbaren Parasitizidie zu suchen ist, wird überdies durch die rasche Beeinflussung oberflächlicher Hauterscheinungen bezeugt, die ja in Gewebsschichten ihren Standort haben, die am wenigsten den Arsenverbindungen den Zutritt gewähren. Des weiteren zeigt der rasch vor sich gehende Zellabbau luetischer Plasmome, der im übrigen keineswegs die von Krzysztalowicz behauptete Spezifizität besitzt, sondern in gleicher Weise für die regressive Metamorphose der verschiedensten Granulations- und Infiltrationsformen zutrifft, daß die Resorption keinesfalls auf eine Vernichtung der inkorporierten Keimbestände zu beziehen ist. Gerade die tumorartigen Spätprodukte und Knotenformen sehen wir stets von neuem unter der Salvarsantherapie in wunderbarer Weise zur Rückbildung gelangen, obwohl sie sicherlich den allergeringsten Keimgehalt aufweisen und bei der extremen Verdünnung des durch den Säftestrom zugeführten Medikaments kaum unter der spezifischen Einwirkung desselben stehen.

Für eine besondere Mobilisierung der dem Körper eigenen Abwehrvorrichtungen ist ein greifbares Anzeichen in dem Anstieg der Leukozytose gegeben. Diese pflegt bei den verschiedensten Applikationsarten des Salvarsans wenigstens passager das Blutbild zu beherrschen. Das leukotaktische Vermögen der Arsenverbindungen wurde vielfach schon zur Zeit der Atoxylverwertung verfolgt, kommt aber bei der Arsenobenzoleinverleibung noch gehäufter zum Ausweis. Yakimoff fand bei trypa-

Digitized by Google

nosomenkranken Ratten am Tage der Salvarsaninjektion Vermehrung der Leukozyten mit gleichzeitiger Verminderung der Lymphozyten, welches Verhältnis am zweiten Tage umschlug. Schwaer sah keine Veränderung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobingehalts, hingegen in $^3/_4$ seiner untersuchten Fälle eine Zunahme der neutrophilen Leukozyten mit kompensatorischer Abnahme der Lymphozyten. Dorn fand bei der Infusion 1 Stunde post injectionem, Verminderung der Leukozytenzahl, dagegen nach 2—4 Stunden Ansteigen zur Norm und in 43% der Fälle auch Leukozytose, welche nur kurz anhielt und der Fieberkurve parallel ging; bei den subkutanen Injektionen trat erst nach 2 oder 3 Tagen mäßige Leukozytose ein, die mehrere Tage anhielt.

Das Maximum der Temperatur sehen wir bei den intravenösen Injektionen nach 3—7 Stunden eintreten und von da ab wieder rasch zur Norm zurückkehren. Die Charakteristik des Wasserfiebers nach Brückler, die im Gegensatz zum Spirochätenfieber im plötzlichen Aufschnellen der Temperatur unmittelbar nach der Injektion gelegen sein soll, haben wir nicht verfolgen können. Bei der subkutanen und intramuskulären Deponierung der Arsenverbindung haben wir die maximalen Temperaturen meist erst vom 2. und 3. Tage an zu registrieren gehabt und sehen die Fieberkurve mit geringen Remissionen durch mehrere Tage fortbestehen.

Wir finden also sowohl bei der einen wie bei der zweiten Form der Injektion eine zeitliche Übereinstimmung des Auftretens der Blutveränderungen mit den Temperaturkurven, so daß die Annahme einer Korrelation beider notwendigermaßen aufgezwungen wird. Diese auch bei den subkutanen Injektionen auftretende Leukozytose beweist, daß sowohl sie wie die zu ihr parallel gehende Temperaturkurve nicht von den mit der NaCl-Lösung eingebrachten Bakterientoxinen, sondern lediglich von der Resorption des Salvarsans und deren rascherem oder langsamem Tempo abhängig ist.

Über das Verhältnis der Salvarsandosis zum Temperaturmaximum geben folgende zwei Tabellen Aufschluß:

Tabelle II.

Verhältnis der Salvarsandosis zum Temperaturmaximum.

Salv. Dosis	Gesamtzahl der Fälle	bis 37,5°	über 37,5°	bis 38°	über 38°	über 38,5°	über 39°	über 39,5°
0,6	38	10	28	22	16	11	10	5
0,5	78	31	47	46	32	22	10	4
0,4	29	13	16	21	8	4	2	1
0,35 und noch kleinere	7	5	2	7	—	—	—	—

Digitized by Google

Tabelle III.

Verhältnis der Temperaturen zur Salvarsandosis in den einzelnen Gruppen[1]).

Gruppen	bis 37,5°	über 37,5°	bis 38°	über 38°	bis 37,5°	über 37,5°	bis 38°	über 38°	bis 37,5°	über 37,5°	bis 38°	über 38°	bis 37,5°	über 37,5°	über 38°
I	6	24	15	15	1	15	1	15	3	6	6	3	—	—	—
II	1	2	3	—	1	19	8	12	1	7	3	5	1	—	—
III	1	1	1	1	4	6	6	4	5	3	8	—	3	1 (0,35)	—
IV	2	1	3	—	10	3	13	—	2	—	2	—	—	1	—
V	—	—	—	—	15	4	18	1	2	—	2	—	—	—	—
VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
	0,6 Salvarsan 38 Fälle				0,5 Salvarsan 78 Fälle				0,4 Salvarsan 29 Fälle				0.2—0.35 Salv. 7 Fälle		

Die Tabelle II zeigt: je größer die Salvarsandosis, desto größer der Prozentsatz der Fälle mit höheren Temperaturen, aber auch, daß mitunter geringe Dosen höhere Maximaltemperaturen zur Folge haben können als größere.

Tabelle III beweist, daß die von Tabelle II gezogenen Schlüsse einer Korrektur bedürfen insofern, als der Temperaturanstieg nicht nur vom Salvarsan und seiner Dosis, sondern auch von dem Stadium der Syphilis abhängig ist. Auf 46 mit 0,5 behandelte Fälle der I., II. und III. Gruppe entfallen 31, also mehr als 70 %, Temperaturen über 38° und 40, also fast 90 % über 37,5°; auf 32 ebenfalls mit 0,5 behandelte Fälle der IV. und V. Gruppe nur ein einziger Fall über 38° und nur 7 über 37,5°. Es fällt in Tabelle III auf, daß im ersten Stadium die höheren Temperaturen prozentuell am stärksten bei der Dosis 0,5, geringer bei 0,6 und am wenigsten bei 0,4 vertreten sind, welcher Umstand jedoch darin begründet erscheint, daß unter den mit 0,5 Behandelten der Gruppe I auf die Summe 16 nur 4 (also $^1/_4$), während unter den mit 0,4 Behandelten auf die Summe von nur 9 Fällen gleichfalls 4 eine Erkrankungsdauer unter 2 Wochen, unter den 30, die 0,6 bekamen, 15 eine Erkrankungszeit von einigen Tagen bis etwas über 1 Woche aufwiesen. Wir ersehen aus diesem Vergleiche der 0,4-Fälle einerseits und 0,5-Patienten andererseits, daß zwar höhere Dosis höhere Temperaturen verursachte, daß aber auch der Fortgang der Verseuchung des Luetikers für die höheren Temperaturen in Betracht zu ziehen ist. Deutlichst tritt dies speziell bei dem obigen Vergleich in bezug auf die Dauer des Sklerosenbestandes der mit 0,5 und mit 0,6 behandelten Fälle zutage, indem hier unter den

[1]) Die Fälle sind nach dem Schema gruppiert wie in Tabelle I.

Digitized by Google

hohen Temperaturen 0,5 prozentuell stärker vertreten ist als 0,6. Je älter die Sklerose, je näher die Verallgemeinerung der Symptome und je größer die Salvarsandosis[1]), desto größer die Temperatursteigerung. Krankheitsdauer und Salvarsandosis wirken wechselweise nebeneinander, wozu noch ein individuelles Moment, die natürliche Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen das syphilitische Virus, ergänzend und modifizierend beisteuern mag. Es wurde in der Literatur hervorgehoben, daß die vorbehandelte, speziell mit Salvarsan vorbehandelte Lues auf eine Salvarsaninjektion nicht mehr mit Fieber reagiere[2]). Unser Material ergibt in dieser Hinsicht folgendes Resultat:

1. a) Sklerose, 0,4 intrav.: 40° und Schüttelfrost usw. 1 Woche später 0,3 intrav.: 38°, Schüttelfrost usw.

b) Sklerose, 0,6 intrav.: 39,4°. Schüttelfrost, Erbrechen. 2 Wochen später 0,6 intrav.: Temperatur normal. Keine Nebenerscheinungen.

c) Sklerose, 0,5 intrav.: 39,8°. Keine Nebenerscheinungen. $2^1/_2$ Monate später: Wassermann ††† sonst keine luet. Erscheinungen. 0,6 intrav.: 38,1°.

2. a) Sklerose und Exanthem, 0,5 intrav.: 39,8°. Keine Nebenerscheinungen. 1 Woche später 0,5 intrav.: 36,5°. Keine Nebenerscheinungen.

b) In 2 Fällen, die bald nach Ausbruch des 1. Exanthems auf 0,4 mit Fieber reagierten, hat die 2. Injektion nach $1^1/_2$ resp. $2^1/_2$ Monaten kein Fieber und keine Beschwerden verursacht.

3. $^3/_4$ Jahr alte Lues, früher schon einmal intramuskuläre Injektion erhalten; 2. Injektion: 0,4 intravenös. 38,3°. Nach 6 Monaten 3. Injektion 0,4 intrav.: Keine Temperaturerhöhung über 37,5°, keine Beschwerden.

Desgleichen bei einem 2. Falle: 0,2 intrav., aber mit Schüttelfrost.

4. In 2 Fällen ergab die nach $1^1/_2$ (3 Monate alte Lues) resp. 6 Monaten (4 Jahre alte Lues) vorgenommene 2. Injektion von 0,35 resp. 0,4 Salv. intrav.: 37,7° resp. 38°.

5. In zwei Fällen gummöser Lues folgte auf die 2. Injektion von 0,4 resp. 0,3: 37,4° ohne, resp. 37,7° mit Schüttelfrost, wobei in diesem 2. Falle die Maximaltemperatur nach der 1. Injektion um einige Striche tiefer stand als jetzt.

6. 1 Fall von Tabes dors.[3]); $5^1/_2$ Monat nach 1. Injektion (0,5 subfasc.), die 2. Injektion 0,4 intravenös: T. ?; $^1/_2$ Stunde post inj. Schüttelfrost und Diarrhöe.

Also bei den nach kurzem Intervall gemachten Reinjektionen ist in allen Fällen und bei den in größerem Zeitabstande vorgenommenen in der Mehrzahl der Fälle die 2. (und 3.) Injektion von nur geringem oder gar keinem Temperaturanstieg begleitet gewesen. Auch diese Tatsachen

---

[1]) Je größer die Salvarsandosis, um so größer freilich das Quantum der NaCl-Lösung, daß aber nicht diese und der vermeintliche Keimgehalt die Ablaufserscheinungen bedingen, glauben wir nicht nochmals betonen zu müssen.

[2]) Nach Stühmer gilt das nur für Fälle, die in einem Intervalle von 2—3 Wochen reinjiziert werden, allerdings zeigt einer der Fälle, die er anführt, das Gegenteil. Auch Westphal bestätigt das.

[3]) Dieser Fall ist in der Serie nicht ausgewiesen.

Digitized by Google

sprechen gegen die Auffassung, daß man außerhalb des injizierten Individuums, also im Wasser, sei es im Keimgehalte, sei es in der Konzentration der NaCl-Lösung, die Ursache des Fiebers zu suchen hat. Im Verhalten des Schüttelfrostes kann eine numerische Abnahme nicht konstatiert werden. Hier kommt auf 13 Fälle viermal Schüttelfrost (30,76 %), auf die Gesamtzahl von 152 Patienten nur bei 36 Schüttelfrost (23,68 %). Er trat auf sowohl nach 0,4 wie nach 0,5, 0,6, als auch bei 0,3 und noch kleineren Dosen, wobei sehr auffällig erscheint, daß er bei letzteren häufiger ist als bei den großen:

Dosis	Zahl der Fälle	Schüttelfrost eingetreten in	in %
0,3 und noch kleiner	7	3	(42,8)
0,4	29	9	31,03
0,5	78	17	21,79
0,6	38	7	18,42

Die anderen Begleiterscheinungen: Erbrechen, Diarrhöe, Kopfschmerzen stellten sich außerdem ein in 20,6 % der mit 0,4 behandelten, in 32,05 % der mit 0,5 und in 53,84 % der mit 0,6 behandelten Patienten. Diese unangenehmen Begleiterscheinungen der intravenösen Salvarsaninjektionen, die bei keinem unserer subfaszial resp. intramuskulär behandelten Patienten konstatiert wurden, belasten zwar auch vorwiegend die ersten drei Gruppen der Zustandsformen, jedoch nicht so stark, wie die höheren Temperaturen, an die sie nicht gebunden scheinen. So zeigt die Hälfte der Fälle mit Schüttelfrost Maximaltemperaturen wie 37,2 bis 37,8°. Auch zwei Tabetiker, die mit 0,4 intrav. behandelt wurden, reagierten mit Schüttelfrost, zwei andere haben keine Nebenerscheinungen gezeigt. Die Tatsache, daß diese Allgemeinreaktionen nur bei intravenösen Injektionen vorkommen, gleichmäßiger als die höheren Temperaturanstiege über alle Kategorien der Fälle verteilt sind und unter ihnen vor allem die Magendarmsymptome hervorstechen, deren Frequenz parallel mit der Salvarsandosis ansteigt, läßt vermuten, daß sie im Gegensatz zur immerhin spezifischen Temperatursteigerung auf einer rein toxischen Wirkung des Salvarsans beruhen [1]). Gonder glaubt, daß durch die toxische die heilende Wirkung des Salvarsan beeinträchtigt wird. Nach Ehrlich sollen hierbei durch die Bakterienleichen die Körperzellen in die Lage versetzt werden, mehr Arsen zu binden, weshalb die Spirochäten weniger

[1]) Wechselmann will Temperatursteigerung mit Kopfschmerz und Erbrechen nur bei Leuten mit Meningitis und Hirnlues sehen.

Digitized by Google

Salvarsan bekommen[1]). Wir können hierzu nur bemerken, daß wir in sämtlichen Fällen, wo nach ein- oder mehrmaligen Salvarsaninjektionen nach 6—12 Monaten der Ausbruch neuer Erscheinungen vorgekommen ist und in allen Fällen, wo nach einigen Wochen Wassermann positiv wurde, die Salvarsaninjektion nicht nur mit Temperatursteigerung, sondern auch mit Schüttelfrost, Erbrechen und Diarrhöe einherging, hier also die Temperaturerhöhung zum Teil auf die toxische Komponente des Salvarsans bezogen werden mußte. Ob die toxische Wirkung durch die giftige NaCl-Lösung (Jakimoff und Gonder) ausgelöst wird, oder auf die verschiedene individuelle Beschaffenheit und Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Salvarsan bezw. Arsen (Arzt und Kebl) und die damit verbundene Möglichkeit einer Salvarsanausschlämmung (Mayer) — was Ehrlich bestreitet — zurückzuführen ist, muß vorläufig unentschieden bleiben.

In objektiver Bewertung der 152 Fälle umfassenden Explorationsserie müssen wir zur Annahme gelangen, daß die minimalen Keimbeimengungen frisch bereiteter Destillate auf die febrile Reaktion keinerlei Einfluß haben und dieses Phänomen sowohl vom Salzgehalt als auch dem Quantum der Infusionslösung völlig unabhängig ist. An dem Temperaturanstieg nach intravenösen Salvarsaninjektionen scheint vielmehr nebst einer wesentlich mitwirkenden unmittelbaren toxischen Komponente der Verbindung vorzüglich ihr die Resorption der spezifischen Plasmome förderndes Vermögen beteiligt zu sein.

Hierbei ergibt sich zwischen Syphilisphase, Salvarsandosis und individuellem Reaktionsvermögen ein in gewissen Grenzen schwankendes Wechselverhältnis.

Literatur.

1. W. Wechselmann, a) Die Behandlung der Syphilis, 1912, Bd. 2; b) Die Ausschaltung der fieberhaften Reaktion bei intrav. Salvarsaninj. Dtsche. med. Wochenschr., 1911, Nr. 17. — 2. Jeanselme und Tourain: Über das Verhalten des Salvarsans im Organismus. Gaz. des. hôp. 1911, Nr. 141. Nach Rezension. — 3. Almkvist, Über die Ursachen der Reaktionsersch. nach Salvarsaninjektionen. Dtsche. med. Wochenschr., 1912, Bd. 38. — 4. Galewsky, Über Nebenwirkungen bei intrav. Salvarsaninjektionen, bedingt durch Kochsalzlösung. Dtsche. med. Wochenschr., 1911, Bd. 38. — 5. R. Gonder, Schädigende Einflüsse auf Salvarsan und Arsenophenylglyzin. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, S. 38—46. — 6. W. L. Jakimoff, Einfluß des Salvarsans auf die Leukozyten. Annales de l'Institut Pasteur, Nr. 5, Rez. — 7. Mc Intosh, James, Paul Fildes and H. Dearden, Das Salzfieber und die Behandlung der Syphilis mit „606". Zeitschr. für Imunitäts-

[1]) Mc Intosh, James usw. sehen im Gegenteil in der toxischen NaCl-Lösung einen unterstützenden Heilfaktor, weshalb sie die Verwendung atoxischer (bakterienfreier) NaCl-Lösung abraten.

Digitized by Google

forschung, 1912, S. 164—182. Rez. — 8. Hüpler, Münch. med. Woch., 1911, Nr. 34. — 9. Herbsmann, Münch. med. Woch., 1911, Nr. 34. — 10. Th. v. Marschalko, Dtsche. med. Wochenschr., 1911, Nr. 12. — 11. H. Mayer, Salvarsan und Hämolyse. Dtsche. med. Wochenschr., 1911, Nr. 21. — 12. Wehner, Zur Frage der Konzentration der Kochsalzlösung. Dtohe. med. Wochenschr., 1911, Nr. 23. — 13. G. Stümpke, Salvarsan und Fieber. Dtsche. med. Wochenschr., 1912, S. 159—162. — 14. M. Braun, Intrav. Salvarsaninjektionen ohne NaCl-Zusatz. Dtsche. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49. — 15. F. Malinowski, Über den heutigen Stand der Syphilisbehandlung mit Ehrlichs 606. Monatsh. f. prakt. Derm., 1910, Novemberheft. — 16. Carl Stern, Über Einwirkung einiger in der Luestherapie gebräuchl. Mittel auf die Leukozyten und über die Bedeutung der Leukozytose für die Heilung der Lues. Derm. Ztschr., 1910, H. 6. — 17. G. Schwaer, Einwirkung des Salvarsans auf die zelligen Elemente des Blutes. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9. — 18. P. Dorn, Zum Blutbild der Lues nach Salvarsaninjektionen. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 3, S. 263. — 19. Ullmann, Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans und ihre Beziehungen zur Therapie. Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 159. — 20. L. Arzt und W. Kerl, Entstehung des Salvarsanfiebers. Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 48. — 21. L. Gózony, Die Pforten der Infektion und die Schutzvorrichtungen des Organismus bei Spirochätenkrankheiten. Orvosi Hetilap, 1912. Aus Rez. — 22. Fr. Krzysztalovicz, Zur Histologie der syph. Infiltrate nach der Salvarsananwendung. Mon. f. pr. Derm., Bd. 53, Nr. 12. — 23. Treupel und A. Levi, Die klinische Prüfung des Dioxydiamidoarsenobenzols, Salvarsan genannt. Nach Ehrlich II. — 24. A. Stühmer, Zur Salvarsanfrage. Nach Ehrlich II. — 25. Westphal, Einige Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung im Garnisonlazarett Windhuk, Deutsch-Südwestafrika. — 26. P. Ehrlich, Über Salvarsan (nach einem Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Karlsruhe), Zeitschr. f. Chemotherapie, Bd. 1, H. 1. — 27. W. L. Yakimoff und Nina Kohl-Yakimoff, Der Einfluß von Mikroben auf die Wirkung des Salvarsan. Nach Ehrlich II. — 28. Paul Th. Müller, Über den Bakteriengehalt des in Apotheken erhältlichen destillierten Wassers. Nach Ehrlich II. — 29. Paul Ehrlich, Schlußbemerkungen; Abhandlungen über Salvarsan, Bd. 2, 1912. — 30. Finger, Gedanken über die Wirkung unserer Antisyphilitika. Arch. f. Derm., Bd. 113. — 31. F. Lewandowsky, Histologisches zur Salvarsanheilung der Syphilis. Arch. f. Derm., Bd. 113.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1912.

Ein Fall von Trichophyton-Granulom, von J. H. Sequeira. Patient, der schon ca. 5 Jahre vorher (im Alter von 14 Jahren) an einem ausgedehnten Geschwür am Nabel und einem eigentümlichen Schuppenausschlag an Rumpf und Extremitäten, welcher bei genauerer Untersuchung sich als Ringworm erwies, in Behandlung war (nahezu zwei Jahre lang), wurde im November 1911 neuerdings ins Spital gebracht, und zwar mit einem ähnlichen trockenen Schuppenausschlag. Bei guter Beleuchtung konnte man leicht sehen, daß auf den trockenen, schuppenden Stellen rundliche, leicht erhabene, mit Schuppen bedeckte Papeln vorhanden waren; in der rechten Achselhöhle war eine ausgedehnte granulomatöse Eruption von dreieckiger Form und rotbrauner Farbe, die mit Ausnahme des Zentrums mit kleinen runden Knötchen bedeckt war; der zentrale Teil bildete ein

Digitized by Google

unregelmäßig geformtes Geschwür mit unterminierten Rändern, das dem vor 5 Jahren beobachteten Nabelgeschwür ähnelte. Aus der Achselhöhle exzidierte Knötchen ließen bei mikroskopischer Untersuchung sporenähnliche Gebilde erkennen, und beim kulturellen Verfahren ergab es sich, daß es sich um das Trichophyton plicatile handle. Bang berichtet über 50 Fälle, wo diese Trichophytenart eine ätiologische Rolle spielt; in 39 derselben war vor allem der Bart affiziert. Trichophytongranulome scheinen sich in zwei Formen zu entwickeln: 1. in Form des gewöhnlichen chronischen Ringworm und 2. als mehr akute Affektion, bei welcher eine knotenförmige Neubildung sich bildet. Vorliegende, auch im histologischen Bilde genau beschriebene Affektion gehört zu dieser zweiten Form. Es ist der einzige Fall dieser Art, der in Amerika beobachtet wurde, und zeigt immerhin Verschiedenheiten von den „europäischen" Fällen. Was die Infektionsquelle betrifft, so glaubt S., daß Patient das Leiden von seiner Schwester, die an Händen und Armen eine ähnliche Affektion und eine sehr schmutzige Beschäftigung (Lumpenreinigung) hatte, akquirierte; diese Beschäftigung brachte sie in Berührung mit infizierten, aus anderen Ländern stammenden Kleidern, möglicherweise stammte die Infektion aus Dänemark.

Eine brauchbare Formel zur Behandlung von ausgebreiteter Tinea tonsurans, von A. Winkelfried Williams. Die Formel besteht aus Kampfer und Spirit. vini rectif. aa 120,0 (sic! Ref.), Acid. picric. 0,5. S. Feuergefährlich. Das Mittel wird, nachdem die Haare ganz kurz geschnitten sind, zweimal täglich aufgetragen, und nach etwa drei Wochen sind alle Spuren der Krankheit verschwunden. Zur Nachbehandlung wird noch eine Zeitlang weiße Präzipitatsalbe aufgetragen, besonders zur Prophylaxe in der Schule. Der einzige Übelstand dieses Mittels ist die Gelbfärbung der Haare, welche noch drei Wochen nach Aussetzen der Behandlung sichtbar ist. Kampfer und Spiritus allein scheinen ohne Pikrinsäure nicht wirksam zu sein, die Mischung von letzterer mit Spiritus will W. nun versuchsweise anwenden. Stern-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

März 1912, Bd. 23.

1. Ein Fall von Sarcoma cutis gigantocellulare, von Brotmann. Der Fall beansprucht ein doppeltes Interesse, indem er einerseits ein 11jähriges Mädchen betraf, andererseits klinisch außerordentlich an ein Xanthoma juvenile erinnerte, da auf den Lidern, dem Halse, den Ellenbogen und in den Leistengegenden mohnkorngroße, gelblichbraune und braune Neubildungen saßen, welche mikroskopisch aus spindelförmigen Bindegewebszellen, zwischen denen in großer Anzahl vielkernige Riesenzellen eingelagert sind, bestehen.

2. Ein Fall von pilzähnlichem Granulom, von Serebrennikow. Sitz der pilzähnlichen Geschwulst von der Größe eines kupfernen alten Zehnkopekenstückes auf dem Scheitel. Eine histologische Untersuchung hat nicht stattgefunden.

3. Zur Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von Kudisch und Lurje. Auf Grund der günstigen Erfahrungen einiger Verfasser über das Salvarsan bei Lepra haben nun K. und L. dasselbe in einem Falle von Lepra tubero-nervosa aber mit nur geringem Erfolg versucht. Unter drei Salvarsaneingießungen in die Vene, die erste à 0,3, die zweite à 0,4 und die dritte à 0,5, wurden die Lepraknoten zwar flacher und verminderten sich die Leprabazillen im Nasensekret, aber sie blieben vorhanden, und die Anästhesie besserte sich nicht. Außerdem war die Besserung nur nach den zwei ersten Injektionen von Salvarsan zu bemerken, während sich nach der dritten der Zustand nicht weiter veränderte.

Digitized by Google

4. Ein Fall von Salvarsangeschwür, von Maksimow. Am 2. März 1911 hatte der Kranke von M. eine subkutane Injektion von 0,5 Salvarsan erhalten, und am 6. Juli stellte er sich mit einer fluktuierenden Geschwulst am Ort der Injektion, nämlich 3 Finger breit rechts von der Wirbelsäule, entsprechend dem Niveau des 11. und 12. Brustwirbels, vor. Bei der Inzision entleerte sich eine trübe, gelbe Flüssigkeit, welche Fibringerinnsel als Beimengung enthielt. Die Wunde verheilte, trotz einer Hg-Spritzkur, nicht, sondern bedeckte sich nur mit einer Borke, mit welcher der Kranke am 9. Okt. aus dem Hospital austrat. Es handelte sich somit in diesem Fall um ein atonisches Geschwür mit sehr langwierigem Verlauf, welches seine Entstehung zweifellos dem Salvarsan verdankt, woher Verfasser dasselbe als Salvarsanulkus bezeichnet.

5. Zur Kasuistik der blennorrhoischen Metastasen, von Miropolski. M. berichtet über einen Fall von blennorrhoischer Iritis, welche sich drei Jahre nach der Tripperinfektion entwickelte. Damals stand der Kranke in Behandlung von M. wegen einer Urethritis et Prostatitis blenn. Unter der Behandlung schwanden die Gonokokken und Patient heiratete. Die Frau blieb gesund, ist aber nicht in Umstände gekommen. Drei Jahre, wie gesagt, nach der Behandlung erkrankte der Mann am 25. Januar an Iritis dextra, welche von den Ophthalmologen für rheumatischer Natur gehalten wurde, da Wassermann negativ ausfiel. Am 15. Febr. gesellte sich aber eine Epididymitis dextra hinzu, und im Urin ließen sich Gonokokken nachweisen, so daß nun auch die Iritis als blennorrhoischen Ursprungs angesehen werden mußte. Unter fünf Injektionen von Gonokokkenvakzine trat fast völliger Schwund beider Affektionen ein.

April 1912.

1. Materialien zur Frage der Infektiosität der Lepra und der Art ihrer Übertragung, von Krikliwi. In dem im Kubangebiet gelegenen Cholmschen Leprosorium wurde im Laufe von $6^1/_2$ Jahren kein einziger Fall von Ansteckung der Gesunden, welche mit den Leprösen zu tun hatten (Ärzte und Pflegepersonal), beobachtet. Die genaue Befragung der in dieser Zeit aufgenommenen 154 Leprösen ergab, daß die Krankheit am häufigsten, nämlich in 65,5%, unter Schnupfen mit Nasenbluten, nächstdem in 44,8% an den Beinen, speziell den unteren Partien derselben, begonnen hatte. Die bakteriologische Untersuchung der Kranken bestätigte diese Angaben, da sich die Leprabazillen am häufigsten und in reichster Menge, nämlich in 90%, in der Nasenhöhle, an zweiter Stelle in offenen Geschwüren (68%) und an dritter (52,1%) in der Mundhöhle, sowohl in Geschwüren als Erosionen, nachweisen ließen. Am meisten Bazillen begegnet man in frischem Material aus vereiterten Knoten. Als Hauptträger der Infektion ist die tuberöse Form der Lepra anzusehen, weniger ansteckend dagegen ist die gemischte Form, und am wenigsten ansteckend die anästhetische Form. In bezug auf die Kontagiosität ging aus den Angaben der Kranken wie deren Angehörigen hervor, daß unter den 156 Leprösen 108, d. h. 69,2%, im Verlaufe der letzten 2—4 Jahre bis zur Erkrankung mit leprösen Angehörigen resp. leprösen Bekannten zusammengelebt hatten. Einige Beispiele erläutern das Gesagte.

2. Ein rundes Magengeschwür bei einem Syphilitiker. Letaler Ausgang nach der 2. Salvarsaneingießung, von Prof. Selenew. Einem 50jährigen, seit Jahren an einem Magen-Darmkatarrh leidenden Mann wurde wegen einer erosiven, frischen, pustulösen Angina und allgemeinen Lymphadenitis bei positivem Wassermann und Vorhandensein einer Perforation im knorpeligen Teil des Septum narium am 22. Febr. 0,5 Salvarsan intravenös injiziert. Die Injektion wurde ohne reaktive Erscheinungen vertragen. 12 Tage später, am 4. März, erhielt er nochmals 0,5 Salvarsan intravenös, worauf sich Schüttelfrost, Temperatursteigerung bis auf 39° und Erbrechen einstellten. Obgleich die Temperatur in den nächsten Tagen sank, blieb das Erbrechen

Digitized by Google

bestehen, der Allgemeinzustand verschlechterte sich, es entwickelte sich ein Ikterus verbunden mit Durchfall, und am siebenten Tage nach der zweiten Injektion kam es zum Exitus letalis. Bei der Sektion fand man eine chronische und akute miliare Tuberkulose der Lungenspitzen und perforierte Ulcera rotunda des Pylorus, die zu einer eitrigen Peritonitis Anlaß gegeben hatten. S. bemerkt zu dem Fall, daß die erste Injektion von Salvarsan anstandslos vertragen wurde und daß somit weder Tuberkulose noch einfache Magengeschwüre eine Kontraindikation gegen eine Salvarsaneingießung bieten. Aber die zweite Salvarsaneingießung erwies sich als verhängnisvoll und führte zu einer Perforation des Magengeschwürs und zum Exitus letalis durch Peritonitis. Hieraus folgt, daß man bei chronischen Magen-Darmkatarrhen mit Salvarsan vorsichtig sein muß, da sie leicht ein Pylorusgeschwür verdecken können.

3. Ein Fall von Vergrößerung der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sin.) nach rechtsseitiger Kastration bei einem 18jährigen jungen Mann, von Prof. Selenew. Zufälliger Befund einer linksseitigen stark entwickelten Mamma bei einem 27jährigen Studenten, welcher wegen chronischer linksseitiger Orchoepididymitis und Funikulitis die Klinik aufsuchte und bei dem wegen angeblicher Tuberkulose der rechte Hoden im 18. Lebensjahr operativ entfernt worden war, worauf sich die Vergrößerung der linken Brustdrüse entwickelt hatte. Abgesehen von dieser Anomalie beansprucht der Fall nach S. auch diagnostisches Interesse, da es sich wahrscheinlich gar nicht um Tuberkulose, sondern um hereditäre Lues des exstirpierten Hodens gehalten haben dürfte, wofür die allgemeine Lymphadenitis und der positive Wassermann sprechen.

Mai 1912.

1. Zwei Fälle von Ichthyosis hystrix serpentina, von Kudisch. Da K. im Laufe einer 15jährigen Praxis unter 9000 Hautfällen nur ca. 50 Fälle von Ichthyosis überhaupt, und darunter von Ichthyosis hystrix bloß zwei beobachtet hat, so beschreibt er die beiden letzteren, welche einen 16jährigen und einen 20jährigen jungen Mann betrafen. Das Krankheitsbild ist das gewöhnliche, histologisch handelte es sich um eine Atrophie sowohl der papillaren wie der Malpighischen Schicht bei gleichzeitiger Hyperplasie der Hornschicht.

2. Ein Fall von epileptiformen Anfällen nach Salvarsan, von Grigorjew. Ein 34jähriger gesunder Mann, in dessen Familie keine Neigung zu Nervenkrankheiten besteht und der nie früher einen epileptischen Anfall gehabt hat, bekam am 10. Dez. 1911 wegen eines harten Schankers eine intramuskuläre Salvarsaninjektion (über die Dosis wie die Art der Einspritzung fehlen Angaben. Anm. des Ref.) und anschließend daran 30 Spritzen einer 1%igen Sol. Hg cyanati, deren letzte am 24. Jan. 1912 ausgeführt wurde. Am 25. Januar erfolgte ein zweistündiger epileptischer Anfall mit völligem Bewußtseinsverlust und Zungenbiß. Am 3. März wiederholte sich ein derartiger Anfall, war aber von kürzerer Dauer, woran sich starker, fast permanenter rechtsseitiger Schläfenschmerz anschloß, welcher unter einer kombinierten Hg-Jk-kur schwand. Verfasser schließt eine genuine Epilepsie, wie eine Jacksonsche Epilepsie, aus und spricht die Vermutung aus, daß es sich um eine Salvarsanwirkung handeln könnte.

3. Zur Frage der Veränderung der Samenfäden, von Hamrat Kurek. In einem Tropfen Samen, welcher eine Stunde post coitum condomatum untersucht wurde, fanden sich in reichlicher Menge Samenfäden in lebhafter Bewegung. Die Untersuchung desselben Samens nach 12 Stunden zeigte nur einen ganz geringen Teil sich bewegender Samenfäden, während ein größerer Teil sich schwach bewegte und der größte Teil ganz unbeweglich war. Nach 18 Stunden waren nur noch schwache Bewegungen vereinzelter Samenfäden zu sehen, und nach 24 Stunden volle Unbeweglichkeit aktiver Samenfäden.

Arth. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Les Sporotrichoses, von DE BEURMANN und GOUGEROT. Mit 181 Figuren im Text und 8 Tafeln. (Verlag von Félix Alcan.) Im allgemeinen überkommt den Pilzforscher ein leises Grauen, wenn ihm eine wissenschaftliche Abhandlung von über 800 Seiten zur Besprechung vorliegt, die von einer einzigen Pilzart handelt! Aber es gibt auch Ausnahmen, und das DE BEURMANN-GOUGEROTsche Werk gehört zu ihnen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes rechtfertigt hier nicht nur eine sehr detaillierte Behandlung, sondern es wird gerade durch das Zusammenfassen der gesamten Sporotrichoseliteratur eine fühlbare Lücke für den deutschen Mediziner ausgefüllt, da die Veröffentlichungen einzelner Fälle in den verschiedensten ausländischen Journalen erfolgt sind, die für viele gar nicht oder nur schwierig zu beschaffen sein werden. Ich sagte absichtlich nicht „für den Dermatologen", denn die Sporotrichose gehört schon längst nicht mehr ausschließlich in die Domäne der Hautärzte, wie man anfangs dachte, sie ist vielmehr nach den neueren Forschungen DE BEURMANNS, GOUGEROTS u. a. als eine Krankheit erkannt worden, die in ihrer klinischen Vielseitigkeit eigentlich nur mit der Tuberkulose oder Syphilis verglichen werden kann. Und gerade deshalb und wegen der klinischen Ähnlichkeit mit diesen Krankheiten hat die genaue Kenntnis dieser Mykose ein eminent praktisches Interesse für jeden Arzt, er mag Spezialist sein oder innerer Kliniker oder die Chirurgie ausüben. Zahlreich sind jetzt schon die Fälle, die, weil für Tuberkulose gehalten, lange erfolglos behandelt wurden, bis man ihre wahre Sporotrichosenatur erkannte und sie in überraschend kurzer Zeit mit der spezifischen Jodtherapie dauernd ausheilte. Ähnliches gilt auch für Verwechslungen mit Syphilis. Die Patienten und deren Familien sind durch die richtige Erkennung ihres Leidens auf immer von dem Odium befreit worden, das der Diagnose Lues einmal anhängt, und die Zukunft der Patienten und ihrer Nachkommen ist durch die Aufklärung des Irrtums frei von einer schweren Besorgnis gestaltet worden. Neben diesen eminent praktischen Interessen beansprucht aber die DE BEURMANNsche Entdeckung eine nicht minder große wissenschaftliche Beachtung. Das Studium der Sporotrichose hat die allgemeine Pathologie der bis dahin recht stiefmütterlich behandelten Mykosen bedeutend erweitert und die spezifische Methode, die Keime nachzuweisen, eine größere Anzahl neuer Mykosen aufgedeckt.

In der „Einleitung" und in den „der Geschichte" gewidmeten Kapiteln wird diese Wichtigkeit der Entdeckung eingehend demonstriert. Wir erfahren auch, daß bis zum Jahre 1910 schon über 200 Fälle von Sporotrichose in der Literatur bekannt geworden sind, abgesehen von den zahlreichen Fällen, die nun nicht mehr veröffentlicht werden. Die dann folgenden Kapitel sind der Parasitologie gewidmet. Wie bei den „Teignes" hat es sich gezeigt, daß es nicht eine Sporotrichose gibt, sondern daß die Zahl der Varietäten oder Rassen eine sehr große ist. Man kennt bis jetzt sieben pathogene Spielarten:

1. Sporotrichum Schencki (HEKTOEN und PERKINS 1900), von den Entdeckern nicht in vollem Wert gewürdigt und erkannt, erst von DE BEURMANN und GOUGEROT 1906 wieder ans Licht gezogen.
2. Sporotrichum Beurmanni (MATRUCHOT und RAMOND 1905).
3. Sporotrichum Beurmanni asteroides (SPLENDORE 1908).
4. Sporotrichum Beurmanni indicum (CASTELLANI 1908).
5. Sporotrichum Jeanselmei (BRUMPT und LANGERON 1910).
6. Sporotrichum Gougeroti (MATRUCHOT 1910).
7. Sporotrichum Dori (DE BEURMANN und GOUGEROT 1906).

Digitized by Google

Die wichtigste dieser Varietäten, weil die verbreitetste, ist Sporotrichum Beurmanni. Es würde zu weit führen, hier auch nur eine oberflächliche Übersicht alles dessen zu geben, was der parasitologische Teil an wissenswerten Einzelheiten bietet. Es sei nur darauf hingewiesen, daß in geradezu mustergültiger Weise die einzelnen Varietäten aufs detaillierteste gekennzeichnet werden, an der Hand von vorzüglichen Photogrammen und Tafeln. Die Frequenz und Wichtigkeit ihres Vorkommens, ihr Anblick im Gewebe und der Kultur, die Zusammensetzung der Nährböden, die zur Differenzierung dienen, die Chemie ihrer Substanz und ihr Stoffwechsel, das Agglutinationsverfahren und ihre Komplementfixation, die Virulenz Versuchstieren gegenüber, endlich ihr polymorphistisches Verhalten sind Gegenstand eingehendster Bearbeitung.

Die zweite Abteilung bringt zunächst Notizen über die geographische Verbreitung der Beurmannschen Krankheit. Wir erfahren, daß sie häufig in Frankreich beobachtet wird, daß sie aber auch in Belgien, in Deutschland, in Österreich, in Spanien, in der Schweiz, in Brasilien, Argentinien, Kolumbien, in Madagaskar, Ceylon, in Cayenne mitunter auftritt, kurz, daß es sich um eine „Maladie mondaine" handelt.

Ein weiteres Kapitel ist der Art der Infektion gewidmet. Sporotrichum kommt in der Natur in etwa 100 verschiedenen Varietäten auf Pflanzen, Holz, Abfällen, im Wasser usw. vor. Die Übertragung aber dieser wilden Sporotricheen in Myzelien und Sporulationsformen gelingt, selbst in erheblicher Menge inokuliert, nicht beim Menschen und Versuchstieren. Deshalb werfen die Verfasser die Frage auf, ob nicht eine gegen Phagozytose widerstandsfähige Dauerform die natürliche Infektion, wozu nur minimale Mengen nötig sind, verursache. Die Infektion erfolgt meist durch die verletzte Haut oder Schleimhaut, auch die unverletzte Haut oder Schleimhaut kann den Aufnahmeort für das Virus abgeben. Auch durch die Nahrung können Infektionen zustande kommen.

Geschwächte Individuen sind besonders disponiert, aber auch durch Anpassung kann der Keim an Virulenz gewinnen.

Die klinischen Formen sind sehr mannigfaltig.

Nach der Einteilung de Beurmanns umfaßt die erste Gruppe die multipeln, gummösen Prozesse der Haut, welche wieder in ulzeröse, nicht ulzeröse und gemischte Formen zerfallen. Eine besondere Abteilung bilden noch die disseminierten, großen Abszesse. In der zweiten Gruppe figurieren die lokalen Affektionen: der sporotrichotische Schanker, die Lymphangitis und die Adenitis sporotrichotica. In der letzten Gruppe finden wir die Sporotrichose der Schleimhäute, der Muskeln und Gelenke, der Knochen und Eingeweide.

Diese extrakutanen Sporotrichosen, als Knochen-, Gelenk- und Sehnenerkrankungen, Panophthalmie, Epididymitis usw. gehen meist von dermischen Sporotrichoseprozessen aus, was die Diagnose erleichtert.

Jedoch auch die Hautaffektion kann verschwunden sein und die innere Organkrankheit oder der Schleimhautprozeß persistieren.

Aber auch die Beobachtungen, in denen keine dermische Primärinfektion vor Beginn der Organerkrankung nachweisbar war, mehren sich von Tag zu Tag. Ich nenne diesbezüglich als besonders bemerkenswert Mitteilungen von Rochard Duval und Bodolec über Pyelonephritis, von de Beurmann, Gougerot und Vernes über Osteomyelitis, und Morax und Attilio Fava über Konjunktivitis.

Kapitel VII handelt von der Diagnose. Da es besonders wichtig ist und viel Neues enthält, verdient es etwas genauer besprochen zu werden.

Gezüchtet wird genau nach dem Verfahren, das Sabouraud für die „Teignes" ausgearbeitet hat, aber die Sporotricheen wachsen nicht so gut auf Maltose, wie auf Traubenzucker. Die Formel für den Nährboden lautet also: Traubenzucker 4,0, Pepton

Digitized by Google

1,0, Agar 1,8, Wasser 100,0. Von einem Fall werden zahlreiche Reagenzgläser mit schräg erstarrtem Nährmedium nach dem Besäen mit reichlichem Material (1 ccm Eiter enthält manchmal nur einen Keim) im Zimmer, nicht im Brutofen, aufgestellt, ohne Gummikappe. Das Zimmer soll tüchtig geheizt werden, da sonst die Entwicklung der Kolonien lange auf sich warten lassen kann, 14 Tage und länger. Sonst ist nach 5—7 Tagen das erste makroskopische Wachstum zu erwarten; mikroskopisch sind die ersten Spuren der Entwicklung schon früher nachweisbar.

Zur Schnelldiagnose bedient man sich eines Kunstgriffs: der Methode „de la coulée de pus sur le verre sec" von Gougerot. Die Grundidee der Methode ist nicht neu. Man kann sie als Kombination der Unnaschen Minimalkultur mit meiner Insitu-Methode betrachten. In der Tat gelingt die Kultur der Sporotricheen ausgezeichnet schnell nach diesen beiden Methoden, die ohne Zweifel Gougerot unbekannt geblieben sind. Der Gougerotsche Kunstgriff besteht darin, daß man die Oberfläche des schräg erstarrten Mediums eines Reagenzglases so mit Sporotrichoseneiter bestreicht, daß eine Schlangenlinie entsteht, deren konkave Bögen das Glas des Kulturröhrchens berühren. Dann läßt man noch einen Tropfen Eiter der bestrichenen Oberfläche gegenüber an der Glaswand herunterrollen. Die konkaven Schlangenlinien werden zuletzt dadurch miteinander verbunden, daß man mit einem mit etwas Eiter beschickten Platindraht an den Berührungsstellen der Glaswand mit den Kreisen herunterfährt. Ohne Gummikappe werden diese Röhrchen im warmen Zimmer nur mit Watte verschlossen aufgehoben. Nach zwei Tagen schon sind Myzelauskeimungen mit dem Mikroskop auf der trockenen Glaswand zu erkennen und bald folgen die charakteristischen Myzelsterne.

Zur Ergänzung der Kulturmethode dient die Sporoagglutination und die Komplementfixation, die es ermöglichen, Diagnosen zu stellen in Fällen, in denen keine lokalen Herde vorhanden sind oder nicht mehr vorhanden sind, auch dann, wenn man die Diagnose schnell in einem Tage stellen will. Für die Praxis genügt die Agglutination, jedoch ergänzen sich die Methoden in einigen Fällen.

Die Technik der Agglutination entspricht durchaus der Widalschen Anordnung. Als Kulturen eignen sich am besten 12 Wochen alte, auf Traubenzuckeragar gewachsene. Eine gewisse Menge wird von der Oberfläche entnommen und in dem Mörser unter allmählichem Zusatz von Kochsalzlösung fein zerrieben. Dann wird filtriert. Es sind dann nur Sporen im Filtrat vorhanden. Es sollen ungefähr 130—150 Sporen im mikroskopischen Gesichtsfeld sein (Ok. 4, Obj. 8 Stiassnic). Hierauf macht man Verdünnungen mit dem zu untersuchenden Serum, 1 Tropfen Serum auf 20, 50, 100, 200 usw. Tropfen der Kulturemulsion und vergißt nicht die Kontrolle. Der Versuch dauert zwei Stunden. Man untersucht die Verdünnungen mit Zeiß D. Ok. 4, 6 oder 8 und bewahrt die Präparate während der Versuche in der feuchten Kammer auf. Im positiven Fall tritt nach wenigen Minuten schon Agglutination ein, während das Kontrollglas ohne Serum oder mit Serum vom Gesunden keine Agglutination in zwei Stunden zeigen darf.

Verfasser empfehlen mit Formol konservierte Kulturen von 12 Wochen für den Versuch vorrätig zu halten. Wichtig ist die Gruppenagglutination anderer Mykosen. Aber während die Sporotrichosesporen vom Serum Sporotrichöser im Verhältnis von 1 : 200 bis 1 : 1500 (im Mittel 1 : 400) agglutiniert werden, ist das Verhältnis bei den in Frage kommenden Mykosen, Soor und Aktinomykose, nur 1 : 150. Nur die Hemisporose agglutiniert im Verhältnis von 1 : 400.

Als Antigen bei der Komplementfixation verwendet man Auszüge mit Kochsalzlösungen aus Kulturen (Myzelien und Sporen). Es kommt beim Versuch zur Verwendung: 1 ccm inaktiviertes Serum, $^1/_2$ ccm Sporotrichosenantigen, 0,3 ccm Meerschweinchenserum und $^1/_2$ ccm 0,8%iger NaCl-Lösung. Vier Stunden kommt diese Mischung zur

Digitized by Google

Komplementbindung in den Brutofen. Dann Zusatz von 0,3 Ambozeptor (30 Minuten inaktiviert) + 0,1 Hammelblutkörperchen + 0,5 6‰ ige NaCl-Lösung. Es sind aber auch alle anderen Methoden anwendbar, die bei der Wassermannschen Reaktion üblich sind (Bauersche, Hechtsche usw.).

Sporotrichosenserum gibt sehr konstante positive Resultate mit der Komplementfixationsmethode. Aspergillus und Penizilliummykosen geben keine Komplementbindung mit Sporotrichum als Antigen, aber Serum von Aktinomykose-, Soor-, Hemisporose- und Diskomykosekranken bindet ebenso stark wie Sporotrichosenserum. Die Fixationsmethode gibt also allein keine Entscheidung für die Art der vorliegenden Mykose, sie ist aber als Ergänzung in zweifelhaften Fällen von Wert und muß mit herangezogen werden.

Der direkte Nachweis der Sporotrichosenelemente im Gewebe beim Menschen ist schwierig und gelingt nur ausnahmsweise, dagegen enthalten die Krankheitsprodukte der Versuchstiere leicht nachweisbare kurze, ovale, charakteristische Formen der Parasiten oft in erheblicher Menge bei Gramfärbung.

Mit der Prognose der Sporotrichose beschäftigt sich eingehend das 8. Kapitel. Kurz zusammengefaßt kann man sagen, daß diese Mykose, richtig erkannt, keine schlechte Prognose bietet, vielleicht mit Ausnahme der Schleimhauterkrankungen. Sporotrichose der Tuberkulösen und Kachektiker bietet eine schlechte Vorhersage, zweifelhaft ist die Prognose zu stellen bei denen, die das Jod schlecht vertragen. Über dies vorzügliche Spezifikum gegen Sporotrichose haben die Verfasser sehr ausführliche Studien gemacht. Nach ihren reichen Erfahrungen muß das Jod in sehr großen Dosen innerlich und äußerlich angewandt werden. Es soll nicht parasitentötend einwirken, sondern durch seine Makrophagen heranziehende Kraft, da jene die Vernichtung der Parasiten besorgen sollen. Diese Theorie wird von vielen Bakteriologen mit einem Fragezeichen versehen werden.

Mit Recht sehr ausführlich ist die vergleichende Pathologie der Sporotrichose mit der Syphilis, der Tuberkulose und den kokkogenen Prozessen abgehandelt:

Das syphilitische Gummainfiltrat ist scharf von der Umgebung abgegrenzt und wird aus einer dichtgedrängten ununterbrochenen Masse von Plasmazellen gebildet, während das schlecht von der Umgebung trennbare Sporotrichom eine Einteilung in drei Zonen erkennen läßt. Die äußerste Schicht ist aus hypertrophischen Bindegewebszellen aller Art zusammengesetzt, die mittlere besteht aus degenerierten azidophilen, epitheloiden Zellen, mit Einsprengung von zahlreichen tuberkuloiden Riesenzellen, die zentrale aus dichtgedrängten Polynukleären und Makrophagen. Es fehlen im Gegensatz zum syphilitischen Gumma kollagene Fasern. Es besteht also eine große Ähnlichkeit mit echten bazillären, tuberkulösen Knoten. Man muß differentialdiagnostisch auf vier Punkte achten. 1. Bei der Tuberkulose Neigung zu zentraler Verkäsung, 2. unterscheidet sich die tiefe, massive Nekrose im tuberkulösen Gumma von der langsamen und unkompletten der Sporotrichose, 3. starke Gefäßläsionen bei der Tuberkulose, geringere Intensität bei der Sporotrichose, 4. Tendenz zur Ausbreitung bei der Tuberkulose, Tendenz zur Begrenzung bei der Sporotrichose.

Als letztes Kapitel figuriert die Sporotrichose der Tiere. Experimentell ist es gelungen, alle bekannten klinischen Formen der Sporotrichose bei Versuchstieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Ratte, Maus und Katze) zu erzeugen. Aber auch spontan ist die Sporotrichose bei der Ratte, dem Hund, dem Maulesel und dem Pferd beobachtet und mehrere Fälle von sicherer Übertragung von Sporotrichose vom Tier auf den Menschen haben Lutz und Splendore (Rattenbiß), Cavougeau (Maulesel), Hyde und Davis (Pferd), Reuslacroix (Hund) in der Literatur niedergelegt.

Eine sehr übersichtliche Inhaltsangabe und eine eingehende Bibliographie beschließt das reich illustrierte, ausgezeichnet ausgestattete Standardwerk. H. C. Plaut-Hamburg.

Digitized by Google

Taschenbuch der speziellen bakterio-serologischen Diagnostik, von Georg Kuehnemann-Berlin-Zehlendorf. (Jul. Springer, Berlin 1912.) Das kleine Heftchen will eine Lücke ausfüllen, „da es bei all den vorhandenen Lehrbüchern und Kompendien der Bakteriologie an einem Buche fehlt, das in kurzer Form eine ausführliche Darstellung der bakteriologischen und serologischen Diagnostik der Infektionskrankheiten gibt". Verfasser hat bei den mannigfaltigen Untersuchungsmethoden absichtlich nur die aufgeführt, die sich als praktisch und zuverlässig bewährt haben. Die den Dermatologen interessierenden Artikel sind bei aller Kürze des Ausdrucks ihrem Inhalte nach recht vollständig; man sieht überall, besonders beim Kapitel über die Syphilisspirochäten, daß die Literatur bis zum Moment des Erscheinens des Büchleins verfolgt und verwertet worden ist. Als Taschenbuch oder Schreibtischheft zur schnellen Orientierung erscheint es sehr empfehlenswert. W. Lehmann-Stettin.

Il metodo di Ehrlich. La cura della sifilide col diossidiamidoarsenobenzolo, von E. Émery. Ins Italienische übersetzt von G. Zenarelli. (Unione tip. edit. tor., Torino 1912.) Das zur Zeit seines Erscheinens interessante und wertvolle, heute aber jedenfalls veraltete und nicht mehr dem heutigen Stande der Salvarsanfrage entsprechende Werkchen Émerys wurde vom Übersetzer durch wertvolle Zusätze teilweise ergänzt und bietet dem Leser manches Interessante.

(Zu bedauern ist vielleicht, daß die Übersetzung nicht von einem Spezialarzt für Geschlechtskrankheiten ausgeführt wurde.) K. Rühl-Turin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. Prostata.

Zweizeitige Prostatektomie wegen Atonie und Erweiterung der Blase bei Prostatahypertrophie, von Ch. Perrier-Genf. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 2.) Ein 69jähriger Kranker, mit seit 2 Jahren dauernden Symptomen der Prostatahypertrophie, bekommt im Laufes des Jahres 1911 zwei Krisen von Urinretention. Da der Katheterismus äußerst schmerzhaft war und jedesmal eine Hämorrhagie verursachte, war die Operation angezeigt. Der Verfasser eröffnete die völlig atonische und stark erweiterte Blase suprapubisch und legte eine Dauerdränage nach Irving an. Der Urin verlor sofort seinen blutigen Inhalt und 3 Monate später, nachdem sich die Blase genügend von ihrer Atonie erholt hatte, wurde zur Prostatektomie geschritten, wobei ein 100 g schwerer medianer Lappen exzidiert wurde. Der Erfolg war vollkommen.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomie, von Edwin E. Goldmann. (Centralbl. f. Chir., 1912, Nr. 12.) Der Verfasser empfiehlt besonders bei postoperativer stärkerer Zersetzung des Harns eine permanente Irrigation mit schwacher Borlösung, vermittels Dauerkatheter durch die Harnröhre. A. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen über den Sphinkterenverschluß der Blase nach Prostatektomie, von C. Wallace und C. M. Page-London. (Brit. med. Journ., 25. Nov. 1911.) Verfasser zeigen an einem von ihnen operierten Fall, daß eine normale Blasenfunktion auch bei offenem oder durchgängigem Sphincter vesicae internus möglich ist. Sie bringen das Röntgenbild der mit Bismutemulsion etwa drei Wochen nach der Enukleation der adenomatös entarteten (ca. 5 cm im Durchmesser betragenden) Prostata

Digitized by Google

angefüllten Blase, wobei zu erkennen ist, daß der durch den vorgedrängten Tumor gedehnte Sphinkter sich nicht wieder zusammengezogen hatte, sondern den Eingang zu der Höhlung, aus welcher der Tumor herausgeschält worden war, freiließ.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Prostatektomie und Vesikulektomie auf kokki-perinealem Wege, von M. Lumbroso. (Thèse de Montpellier, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über die klinischen Resultate der perinealen Prostatektomie mit lateraler Incision (Methode von Wilms), von Robert Henry. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 471.) Die Schwierigkeit der Freyerschen Methode in manchen Fällen und die statistisch nachgewiesenen guten Resultate von Wilms rechtfertigen die Anwendung der Methode dieses Verfassers. Auch in anatomischer Hinsicht handelt es sich dabei um ein rationelles Verfahren, welches Hämorrhagien vermeidet und das Rektum schont. Bei richtiger Technik kommen keine Komplikationen vor. Große Prostaten sind leichter zu entfernen. Die postoperative Behandlung ist sehr einfach. Dauersonden lassen sich vermeiden, wenn der Patient ordentlich überwacht ist. Immerhin ist die Mortalität nicht gering. Verfassers Fälle weisen eine solche von 12,5% auf, Wilms zählte 18,1%. Einen wichtigen Fingerzeig für die Feststellung der Prognose liefert die funktionelle Nierenuntersuchung mit Methylenblau. Die Spätresultate sind wesentlich befriedigender.

Fritz Loeb-München.

Über die Fernresultate der Prostatektomien, von L. Casper. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 33.) Die Resultate hinsichtlich der dauernden Wiederherstellung der Blasenfunktion nach Prostatektomie erwiesen sich ohne Ausnahme als tadellos. Nur in 3 von 54 Fällen entwickelte sich nach ½ bis 1 Jahr eine Striktur der Urethra posterior. Vor der Operation in 95% der Fälle bestehende Zystitis wurde in 75% ausgeheilt. Die Kapazität der Blase nahm nicht in gleichem wünschenswerten Maße zu. Die Nierenfunktion blieb in allen Fällen, wo sie sich vor der Operation als gut erwiesen hatte, auch nachher gut. Die Prüfung geschieht durch Einspritzung von Phloridzin; bei Ausscheidung von Zucker nach mehr als halbstündiger Verspätung bezeichnet Verfasser die Operation als gewagt.

Durch Verletzung von Nerven aus dem Plexus hypogastricus können starke lanzinierende Schmerzen in einem oder beiden Beinen auftreten.

In Fällen, wo wegen Prostatablutung operiert wurde, hat sich später nicht wieder Blutung gezeigt.

Rezidive hat Verfasser nicht beobachtet. Mit Recht bezeichnet er auch von dem Gesichtspunkt der Fernresultate die Operation als eine segensreiche.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Fernresultate der Prostatektomie bei Hypertrophie der Prostata, von Proust. (II. Internationaler Urologenkongreß, London 1911. Gaz. des hôp., 1911, Nr. 100.) Nach allen Berichten scheint die suprapubische Operationsmethode den Vorzug zu verdienen. Über die Folgeerscheinungen der Operation wird ausführlich berichtet, ebenso über die perineale Methode, mit der Young gute Erfolge erzielte.

Gunsett-Straßburg.

Die entfernten Resultate der Prostatektomie, von P. Herescu-Bukarest. (Spitalul, 1911, Nr. 21.) Die Ausschneidung der Vorsteherdrüse hat in kurzer Zeit eine große Anzahl von Anhängern gewonnen und dies hauptsächlich, seit statt des perinealen Weges der transvesikale suprasymphisäre gewählt worden ist. Es gibt tatsächlich Prostataknoten, welche auf perinealem Wege nicht vollständig entfernt werden können, während durch den suprapubealen Schnitt eine vollkommene Entfernung immer möglich

Digitized by Google

ist. Auch ist bei der perinealen Operation das Auftreten von Strikturen viel häufiger wie bei der anderen Operation, auch die Potenz wird bei Anwendung des transvesikalen Weges viel besser erhalten. E. Toff-Braila.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Harnuntersuchungen am Krankenbett, von Geo. Richter-St. Louis. (Med. Record, 12. Febr. 1910.) Ein gewöhnlicher Eßlöffel wird halb mit Urin gefüllt, eine Prise Salz hinzugefügt und über der Lampe erhitzt; wenn es beginnt zu kochen, füge ein paar Tropfen Essig hinzu, bei Gegenwart von Albumen tritt eine Trübung bzw. ein Niederschlag ein.

Einige Tropfen Urin werden im Löffel mit einigen Tropfen Wasser verdünnt und verdampft; bei langsamem Erhitzen wird eine charakteristische orangebraune Verfärbung und ein mit nichts anderem zu verwechselnder Karamelgeruch Spuren von Zucker (0,3%) anzeigen. Zuckerfreier Urin färbt sich rauchigschwarz und verbreitet den bekannten eigentümlichen Harngeruch. W. Lehmann-Stettin.

Untersuchungen über die Zusammensetzung des normalen Urins, von A. E. Bouchez. (Inaug.-Dissert., Lille 1911 [pharm.], Nr. 8.) Fritz Loeb-München.

Über die Beziehungen, welche zwischen gewissen Urinkoeffizienten und den verschiedenen Arten der menschlichen Tätigkeit bestehen, mit besonderer Berücksichtigung der geistigen Tätigkeit, von J. A. L. Lescœur. (Inaug.-Dissert., Lille 1911 [pharm.], Nr. 18.) Fritz Loeb-München.

Untersuchungen über die Extraktivstoffe des Urins, von C. A. P. J. Vallée. (Inaug.-Dissert., Lille 1911 [pharm.], Nr. 21.) Fritz Loeb-München.

Über ein einfaches und schnelles Verfahren zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure in Harnen und serösen Flüssigkeiten, von Aufrecht-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 14.) Die betreffende Körperflüssigkeit wird verdünnt, durch Essigsäurezusatz von Eiweiß befreit, bis auf ein kleines Volumen eingedampft, mit Chlorammoniumlösung versetzt und zentrifugiert. Der Bodensatz von harnsaurem Alkali wird nach Auflösen in Natriumkarbonatlösung und Ansäuerung mit $^1/_{100}$ Kaliumpermanganatlösung titriert. Jeder verbrauchte Kubikzentimeter $^1/_{100}$ K-Permanganat entspricht 0,74 mg Harnsäure. Arthur Schucht-Danzig.

Verfahren zur polychromen Färbung geformter Harnbestandteile, von A. Schott-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Zum Färben von Urinsedimenten, was in manchen Fällen entschieden vorteilhaft ist, hat folgendes Verfahren sich dem Verfasser bewährt: Es werden zwei Farblösungen hergestellt, Nr. I, eine 5%ige Lösung des wasserlöslichen Anilinblau in Aqua destillata, und Nr. II, eine $2^1/_2$%ige Lösung von Eosin in Glyzerin mit Zusatz von 5% Acid. carbolic. liquefactum. Man gibt zu 10 ccm Urin 3 Tropfen der Lösung I und 6—8 Tropfen der Lösung II, schüttelt gut um und zentrifugiert, worauf man sofort mikroskopisch untersuchen kann. Diese Lösungen bieten noch den Vorteil, daß der damit versetzte Urin mehrere Tage lang sich unverändert erhält. Zum Färben der roten Blutkörperchen setzt man noch eine Spur, höchstens einen Tropfen Essigsäure zu, worauf dieselben als eosinrote Scheiben deutlich hervortreten. Die luftgetrockneten Präparate kann man auch durch Einlegen in Kanadabalsam konservieren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Epithelien im Urin und ihre Differenzierung als Mittel zur korrekten Diagnose, von A. J. Gaillard-Philadelphia. (Med. Record, 24. Febr. 1912.) Verfasser ist der festen Überzeugung, daß die Epithelien aus den verschiedenen Teilen des Harntraktes sich durch ihr Aussehen, ihre Form und vor allem durch ihre relative Größe

Digitized by Google

deutlich unterscheiden, und ihre Herkunft und damit den Sitz ihrer Erkrankung erkennen lassen. „Epithelien aus den gewundenen Harnkanälchen der Nieren sind fast stets kreisförmig rund, haben im allgemeinen einen Kern und sind stets im Durchmesser etwa ein Drittel breiter als Eiterkörperchen desselben Falles. Ihre Gegenwart im Urin, besonders wenn sie zusammen mit säulenförmigen Epithelien der geraden Harnkanälchen sich finden, bedeutet stets einen pathologischen Prozeß, und man kann eine Diagnose auf Nierenreizung oder gar Nephritis stellen." „Es erscheint im höchsten Grade töricht, verneinen zu wollen, daß eine Differenzierung möglich sei, besonders wenn dieser Teil des Harntraktes in Frage kommt, denn Proben, die durch den Ureterenkatheterismus erhalten wurden, haben über den geringsten Zweifel hinaus gezeigt, daß diese Epithelien in Größe und Form sich unterscheiden lassen und sich nur finden, wenn Nierenveränderungen existieren, nur von der Niere und von der Niere allein kommen. Irgend ein Einwurf gegenüber solch schlüssigem Beweis kann nur als hoffnungslos voreingenommen betrachtet werden." W. Lehmann-Stettin.

Vergleichender Wert der momentan gebräuchlichen Methoden der Auffindung und Färbung von Tuberkelbazillen im Urin, von Sémionov-St. Petersburg. (Presse méd., 1911, Nr. 82.) Nach Prüfung der gebräuchlichen Methoden kommt S. zum Schlusse, daß es mit der von Ellermann-Erlandsen in der Ztschr. f. Hyg., Bd. 61, S. 2 angegebenen Methode gelingt, die stärkste Vermehrung der Tuberkelbazillen zu erzielen. Als Färbung hat ihm den besten Erfolg (besonders auch zur Differentialdiagnose mit Senegurabazillen) die Gram-Methode von A.-A. Kozlov geboten. Dieser benutzt als Färbemittel eine Mischung (im Mörser) von 1 g Gentianaviolett mit 6 g Acid. carbol. liquef., der während des Zerreibens erst 40 g Glyzerin, dann 100 ccm Wasser zugesetzt werden. Nach Fixierung wird das Präparat 50 bis 60 Minuten gefärbt mit 1 Teil der angegebenen Mischung + 3 Teile Wasser. Dann kommt 15 bis 20 Sekunden Lugolsche Lösung, Abwaschen mit Wasser und als Kontrastfärbung 2—3 Sekunden eine 1‰ Safraninlösung. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der Azidität des Urins. Deren Schwankungen unter dem Einfluß basischer Salze der Halogene. Ihre Beziehungen zu dem Stickstoffwechsel des Organismus, von Pouyaud. (Inaug.-Dissert., Bordeaux 1911 [pharm.], Nr. 39.) Zum Referat ungeeignete Detailangaben. Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Azidität des Urins. Ihre Veränderungen unter der Einwirkung des Bromkaliums, von A. P. Pouyaud. (Thèse de Bordeaux, 1910, Nr. 50.) Fritz Loeb-München.

Über Jod- und Chlorausscheidungen bei Verabreichung von Jodpräparaten, von Pauline Heimann-Moskau. (Inaug.-Dissert., Zürich 1911.) Bei Jodverabreichung scheinen die ausgeschiedenen Jodmengen zu den ausgeschiedenen Chlormengen im umgekehrten Verhältnis zu stehen. Mit einigen Ausnahmen wird die ausgeschiedene Menge der Chloride im Harn geringer, wenn nach Einnahme von Jod die ausgeschiedene Jodmenge allmählich zunimmt. In vielen Fällen kann man sogar eine Gesetzmäßigkeit dieser Ausscheidungen feststellen. Fritz Loeb-München.

Ein ungewöhnlicher Niederschlag von Kalziumkarbonat im Urin, von W. H. Brown-Glasgow. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Ein 65jähriger Mann mit den Erscheinungen der granulierten Niere bot während seiner dreiwöchigen, letal endenden Erkrankung mehrere Tage lang einen ganz ungewöhnlichen Niederschlag im Urin dar. Es fanden sich nämlich fast kreisrunde Gebilde mit einem fein gestreiften Zentrum und einer hell erscheinenden Randzone. Die chemische Untersuchung zeigte, daß es sich um Kristallbildungen von kohlensaurem Kalk handelte. Ohne die doppelte Konturierung,

Digitized by Google

die auch an einigen Tagen fehlte, konnten die Gebilde leicht für Leuzinkristalle gehalten werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein ungewöhnliches Präzipitat von kohlensaurem Kalk im Urin, von F. P. Weber-London. (Brit. med. Journ., 27. Jan. 1912.) Zu dem gleichnamigen Artikel von W. H. Brown (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912) bemerkt W., daß er ähnliche Gebilde im Inhalt der bekannten kleinen Zysten, welche in der Rindensubstanz der Nieren so häufig angetroffen werden, schon vor mehreren Jahren konstatiert hat. Er bestätigt die Ähnlichkeit dieser Gebilde mit Leuzinkristallen und hält es für wohl denkbar, daß in dem besprochenen Falle analoge pathologisch-anatomische Vorgänge wie in den Rindzysten sich vollzogen haben mögen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Harndesinfektion durch innere Arzneimittel, von N. Britz-Berlin. (Klin.-ther. Wochenschr., 1911, Nr. 19.) Empfehlung des Zystopurin.

Schourp-Danzig.

Über einen neuen Fall von Alkaptonurie mit Ochronosis, von V. Poulsen-Kopenhagen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Die Ochronose ist nicht im eigentlichen Sinne des Wortes eine Hautkrankheit, sondern die dabei entstehende Gelbfärbung beruht auf Melominablagerung in den Knorpelgebilden. Diese Pigmentierung tritt ein nach längerer Einwirkung von Karbolsäure auf den Organismus oder, wie bei dem vorliegenden Falle, als Folge der (wohl stets angeborenen) Alkaptonurie. Bei dem hier besprochenen Pat., einem 23jährigen Bäckergesellen, war die Sklera beider Augen in erbsengroßer Ausdehnung bräunlichgelb pigmentiert, und auch an den Ohren waren Verfärbungen am vorderen Crus anthelicis vorhanden. Der Urin enthielt nach den ausführlich mitgeteilten Untersuchungen reichlich Alkapton resp. Homogentisinsäure.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen bei einem Falle von Bence-Jonesscher Krankheit, von Rudolf Massini-Basel. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. 104, Heft 1 und 2.) Als Resümee dieser Untersuchungen gibt der Verfasser folgendes: 1. Die Menge des ausgeschiedenen Bence-Jonesschen Eiweißkörpers steht bis zu einem gewissen Grade in einem bestimmten Verhältnisse zu der Menge des zugeführten Eiweißes.

2. Mittels der Komplementablenkungsmethode gelingt es, bei Anwendung hochwertiger Seren deutliche quantitative Unterschiede zwischen Blutserum und Bence-Jonesschem Eiweiß zu erhalten.

3. Die Löslichkeit des Bence-Jonesschen Eiweißkörpers ist in hohem Maße abhängig von der Konzentration der Salze und Säuren und zwar genügen schon ganz geringe Konzentrationsänderungen, um ein gegenteiliges Resultat in bezug auf die Löslichkeit zu erhalten. Es lassen sich daraus die sich widersprechenden Angaben der Literatur über mehr oder minder vollständige Löslichkeit beim Kochen des Urins oder über Ausfällbarkeit bei verschiedenen hohen Temperaturen begreiflich machen.

Gunsett-Straßburg.

Eine neue Methode zum Nachweis der Albumosen im Harn, von Hugo Fittipaldi-Neapel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Eine kleine Harnmenge (10 oder 20 ccm) wird mit dem sechsfachen Volumen Alcohol absolut. versetzt; man läßt bis zum nächsten Tag die eventuell vorhandenen Eiweißkörper ausfallen. Dann wird der Alkohol vorsichtig abgegossen, der Niederschlag in möglichst wenig Natronlauge (31 bis 32%) gelöst und die alkalische Lösung mit einem Tropfen einer ammoniakalischen Nickellösung geprüft. Letztere wird durch Mischen gleicher Mengen von flüssigem Ammoniak mit einer 5%igen Nickelsulfatlösung jedesmal frisch bereitet. Wenn Albumosen oder Peptone vorhanden sind, so entsteht sofort oder nach einigen Sekunden eine Rotorangefärbung. Genuines Eiweiß gibt diese Reaktion nie. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Beiträge zur Kenntnis der funktionellen Albuminurien. Über orthostatische Albuminurie kardio-pulmonalen Ursprungs, von J. MANYA. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 99.) Fritz Loeb-München.

Die Untersuchung der Albuminurie, nach einem Studium von 1000 Urinproben, von B. G. R. WILLIAMS-Paris, Illinois. (New York med. Journ., 9. März 1912.) W. möchte die zahlreichen Untersuchungsmethoden auf Eiweiß in folgende 3 Klassen einteilen: 1. Die Farbreaktionen, 2. die sehr sensiblen Präzipitations- und 3. die klinischen Präzipitationsproben. Zum Nachweis von geringen Mengen Eiweiß im Urin empfiehlt W. die von GLAESGEN vorgeschlagene und die JOLLESsche Modifikation der SPIEGLERschen Probe. Die Hitzeprobe ist möglicherweise von geringerem Werte als allgemein angenommen wird, selbst wenn die Säuren später zugefügt werden. Kalziumphosphat in größerer Menge scheint meist die Probe unsicher zu gestalten. Durch Behandlung des Urins mit 1 ccm (20%) Kaliumoxalat und Filtrieren vor dem Erhitzen kann dieser Irrtum einigermaßen beseitigt werden. Die Essigsäure und Ferrozyanid-Phosphorsäure-, die Silbernitrat-, Alkohol-, essigsaure Bleiproben usw. hat W. insgesamt selten angewandt, ohne ihnen ihre Bedeutung absprechen zu wollen, sondern er hat sich auf die sog. Boston- (deren Ausführung er als bekannt voraussetzt) und die Pikrinsäureprobe beschränkt, wovon er besonders die letztere zum Nachweis pathologischer Eiweißmengen im Urin für ausreichend hält. Stern-München.

Narkose und Albuminurie, von A. GRUGET-Laval. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 48.) Eine leichte Albuminurie infolge Nierensklerose ist in keiner Weise Kontraindikation für die Narkose. Ist die Albuminurie bedeutend, so muß erst die Nierenpermeabilität geprüft werden, dann wird der Kranke einer strengen Diät unterworfen. Als Anästhetikum zieht der Verfasser Chloroform und Äther der Lumbalanästhesie vor. Gunsett-Straßburg.

Die Anstrengungsalbuminurie. Eine Studie über die Einwirkung maximaler Körperanstrengungen auf die Nieren, von JUNDELL und FRIES. (Nord. med. Arkiv, 1911, Haft 2, Nr. 4.) Starke bzw. maximale Anstrengungen rufen in den Nieren funktionelle Veränderungen hervor, welche zu wesentlichen Veränderungen in der Beschaffenheit des Harnes führen. Die Art und Intensität dieser Harnveränderungen ist weniger von der Art des Sportes (ob Laufen, Radfahren, Schwimmen, Ringen usw.), um so mehr aber von der in der Zeiteinheit geleisteten Muskelarbeit abhängig. Rücksichtlich der in der Zeiteinheit geleisteten Muskelarbeit und mit Hinsicht auf die von ihnen veranlaßten Veränderungen in den Nieren, kann man die maximalen Anstrengungen in zwei große Gruppen teilen. 1. Heftige Anstrengungen, wo in relativ kurzer Zeit, $^1/_4$—1—5 bis 15 oder ca. 30 Minuten, die größtmögliche Muskelarbeit geleistet wird und 2. Daueranstrengungen, wo die Anstrengung während ein bis mehreren Stunden bzw. einen halben bis ganzen Tag andauert und dabei ein größtmöglicher Effekt angestrebt wird. Die Harnveränderungen sind verschieden bei diesen zwei verschiedenen Hauptformen von Anstrengungen. Chrzelitzer-Posen.

Leukopathische Albuminurien, von EMILE FEUILLIÉ-Paris. (Presse méd., 1912, Nr. 6.) Aus allen Versuchen, welche der Verfasser angestellt hat, geht hervor, daß die Albuminurie unabhängig von den Läsionen der Nierentubuli ist. Nach wiederholten Injektionen von toxischen Mitteln, wie Ovalbumin, Quecksilber, Chromsäure, Kantharidin, kommt man zum Schlusse, daß je mehr sich die Läsionen der Tubuli verschlimmern, desto mehr die Albuminurie reduziert wird. Injiziert man diese toxischen Mittel einem normalen Tiere, so entsteht eine Albuminurie aus zwei verschiedenen Ursachen: 1. Durch eine direkte Schädigung der Glomeruli durch das Gift, 2. durch eine konkomittierende Leukopathie, welche ihre Albuminurie der ersteren angliedert. Verschwindet die Er-

Digitized by Google

krankung der Leukozyten im Blute, so kann das Gift genügend neutralisiert werden, bevor es in die Niere gelangt, und trotz enormer Läsionen der Tubuli contorli kann die Albuminurie gänzlich verschwinden. Der Verfasser legt also die Hauptveränderungen bei der Albuminurie in eine prärenale Leukozytenerkrankung. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen zu einem Artikel über leukopathische Albuminurien, von J. Castaigne. (Presse méd., 1912, Nr. 9.) Der Verfasser hält es für unwichtig, ob eine Erkrankung der Tubuli contorli das Primäre der Nephritis ist oder nicht und jede weitere Diskussion über dieses Thema für wenig nutzbringend. Die Hauptsache an der modernen Nierenforschung ist nicht die Art, wie sich die Nephritis des Kranken gebildet hat, sondern die Erkenntnis, wie seine Niere funktioniert. Diese praktische Erkenntnis ist mehr wert als jedes spekulative Theoretisieren über das Primäre in den Nierenläsionen. A. Gunsett-Straßburg.

Über paradoxe Albuminurie und Urobilinurie, über die Entstehung kardialer Zirrhosen und „Herzkropf" bei organischen Trikuspidalerkrankungen, von Konrad Staunig-Wien. (Wien. klien. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Bei einer Patientin mit hochgradiger Stenose des Mitralostiums, organischer Insuffizienz der Trikuspidalklappe und geringer Insuffizienz der Aortenklappen, Stauungszirrhose der Leber und Morbus Basedowi trat regelmäßig nach Verabreichung von Digitalis eine erhebliche Albuminurie und Urobilinurie auf, für die Verfasser folgende interessante und einleuchtende Erklärung gibt: „Nehmen wir für die Entstehung eines bis zur zirrhotischen Form gehenden Prozesses in der Leber die Kollision der beiden arteriellen Pulse aus dem rechten und linken Ventrikel an, so werden wir verstehen, daß bei dem verstärkten Zusammenprall beider Pulswellen unter Digitaliswirkung es im Kapillarsystem der Leber zu Urobilinausscheidung, in der Niere zu Eiweißausscheidung kommt." W. Lehmann-Stettin.

Zur Kenntnis der lordotischen Albuminurie, von Franz Hamburger-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Das bei der lordotischen Albuminurie öfters hervorgehobene mechanische Moment scheint in verschiedener Weise wirksam zu sein, wenigstens hat sich nachweisen lassen, daß ein und dasselbe Individuum unter genau denselben Verhältnissen einmal eine sehr starke, das andere Mal eine sehr geringe oder gar keine Eiweißausscheidung zeigt; daß also derselbe Stauungsgrad einmal zur Albuminurieprovokation genügt, das andere Mal nicht. W. Lehmann-Stettin.

Orthostatische Albuminurie und Zyanose, von G. Guédeney. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 297.) Fritz Loeb-München.

Behandlungsresultate der orthostatischen Albuminurie und der Urininkontinenz im Kindesalter, aufgefaßt als Tuberkelbazillenerkrankungen, von González Tánago und Jose Pedraja. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 23.) Die Verfasser sind überzeugt, daß es sich in den meisten — wenn nicht in allen — Fällen von orthostatischer Albuminurie und von infantiler Urininkontinenz um versteckte Tuberkulose handelt, und behandelten alle derartigen Kranken mit Tuberkulininjektionen (Alttuberkulin Koch). Sie teilen 6 Fälle mit, in welchen diese Medikation von vollem Erfolge begleitet war, betonen aber, daß die Behandlung intensiv und über einen langen Zeitraum ausgedehnt sein soll. Auch diejenigen Fälle von Chylurie, bei denen keine Distomeen gefunden werden, sehen die Verfasser als tuberkulöser Natur an. A. Gunsett-Straßburg.

Über Albuminurien genitalen Ursprungs, von G. Coeur. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 353.) Fritz Loeb-München.

Über die Esbachsche und Aufrechtsche quantitative Eiweißbestimmungsmethode im Urin, von E. Pfeiffer-Wiesbaden. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Diese Eiweißbestimmungsmethoden wurden mit gewichtsanalytischen Bestim-

Digitized by Google

mungen verglichen. Verfasser verwirft die vielgeübte Esbachsche Methode für die Praxis vollkommen, da sie die gewichtsanalytische nicht annähernd erreicht und gegen dieselbe in der Mehrzahl der Fälle eine Differenz von mehr als 0,5 ‰, einige Male sogar bis 3,5 ‰ ergab. Ebenso verhält es sich mit der von Aufrecht angegebenen Modifikation der Esbachschen Methode. Arthur Schucht-Danzig.

Über quantitative Eiweißbestimmungen nach Tsuchiya, von Oskar Schiemann. (Inaug.-Dissert., Königsberg 1910.) Bei Eiweißgehalt von 6 ‰ aufwärts ist die Bestimmung des Albumens nach Tsuchiya genauer als die nach Esbach.

Bei Eiweißgehalt von 0,5—6 ‰ besteht keine wesentliche Differenz zwischen dem Esbachschen und dem Tsuchiya-Verfahren.

Bei sehr geringen Eiweißmengen ergibt das Tsuchiya-Verfahren zwar ablesbare Werte. Diese Werte aber stimmen mit den Wägungskontrollen schlecht überein.

Die Untersuchungen des Verfassers über Albuminimetrie bei Exsudaten und Transsudaten ergaben, daß sowohl das Esbachsche als auch das Tsuchiya-Verfahren für quantitative Bestimmungen unbrauchbar sind. Fritz Loeb-München.

Der Zusammenhang des Eiweißes und des Eiters im Urin, von H. Unterberg-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 2.) Verfasser faßt seine Erfahrungen in folgendem zusammen: 1. Zwischen der Zahl der weißen Blutzellen und dem Eiweißgehalt des Urins ist kein gesetzmäßiger Zusammenhang, und daraus kann außer auf pyogene Albuminurie auf das Vorhandensein oder den Mangel der renalen Albuminurie nicht gefolgert werden. 2. Im eitrigen Urin kann die Eiweißmenge steigen, wenn die Untersuchung nicht sofort nach der Urinentleerung erfolgt. 3. Bei verhältnismäßig kleinen Eitermengen kann der Eiweißgehalt hoch sein, und der filtrierte Urin kann dabei doch eine sehr geringe Trübung zeigen. So kann man von der Eiweißmenge und der Durchsichtigkeit des Urins nicht darauf folgern, daß die Albuminurie rein pyogen oder renal ist.

Porosz-Budapest.

Ein Fall von albuminurischem Diabetes infolge von Ermüdung der Niere, von G. Ravarit. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 135.) R. beschreibt einen Fall von schwerem Diabetes bei einer 34jährigen Frau, die schon 20 Jahre diabetisch war, aber nie Albuminurie gezeigt hatte. April 1911 war bei 80 ‰ Zuckergehalt und einer Diurese von 5 Litern noch kein Eiweiß nachweisbar. Ende Juli stellte sich bereits schwere Nephritis mit über 1 ‰ Albumen und Zylindrurie ein, der die Patientin in 3 Wochen unter den Symptomen der Herzinsuffizienz erlag. Keine Autopsie. Gunsett-Straßburg.

Die Einwirkung von Milchsäurebazillen auf den Zuckergehalt des Urins bei Diabetikern, von Philip Horowitz-New York. (Med. Record, 9. März 1912.) Verfasser berichtet drei Fälle, in denen er Milchsäurebazillen in Suspension lange Zeit hindurch gegeben hat und bei denen nach und nach der Zuckergehalt des Urins zurückging, ohne daß dabei strenge Diätvorschriften gehalten worden wären.

W. Lehmann-Stettin.

Ein neues Präzisions-Gärungssaccharimeter für die Harnanalyse. (Pharmaz. Zentralhalle, 1911, Nr. 50.) Weidenhoff aus München empfiehlt ein neues Gärungssaccharimeter. Chrzelitzer-Posen.

Ein Beitrag zur Genese der Zylinder des Coma diabeticum, von Fritz Reck. (Inaug.-Dissert., Königsberg i. P. 1911.) Die wertvollen Experimente des Verfassers stützen die Annahme, daß bei der Genese der Zylinder im Coma diabeticum dem Azeton eine wesentliche Rolle zuzuschreiben ist. Fritz Loeb-München.

Über die Zystinurie, von Albert Desmoulières. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 328.) Seine Untersuchungen führen den Verfasser zu der Annahme, daß die

Digitized by Google

Zystinurie vorwiegend hepatischen Ursprunges ist. In letzter Linie vermutet Verfasser die Ursache des „zystinurischen Diabetes" in der Störung einer Drüse mit innerer Sekretion und des Stoffwechsels. Fritz Loeb-München.

Über Hämaturie, von V. Blum-Wien. (Urologia, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1911, Nr. 4.) Eine kurze klassische Zusammenstellung vom diagnostischen Standpunkte. Verfasser schildert sehr kurz und interessant die Blutungen aus der Urethra, der Blase, der Niere. Aus jeder Zeile ist ersichtlich, daß er das Gebiet beherrscht. Muß im Original gelesen werden, da zum Referat nicht geeignet. Porosz-Budapest.

Über Hämaturie bei Appendizitis, von A. v. Frisch. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Mitteilung einiger Fälle, bei denen es im Anschluß an Appendizitis zur Hämaturie kam. Es handelt sich bei dieser Hämaturie zweifellos um Nierenblutungen. Charakteristisch für diese Form sind folgende Momente: 1. Die Hämaturie trat immer im unmittelbaren Anschluß an eine vom Wurmfortsatz ausgehende Kolik auf. 2. Sie glich sich stets wieder rasch aus; nach wenigen Tagen war Wiederkehr zur Norm in bezug auf die Beschaffenheit des Urins eingetreten. 3. Die Art des Harnsedimentes, welches fast ausschließlich aus Blutzylindern gebildet war, neben welchen sich nur wenige Epithelzylinder und spärliche, einzelne, vielfach veränderte rote Blutkörperchen fanden, war bei jeder Attacke die gleiche. Es ließ sich nicht feststellen, ob die Blutung einseitig oder beiderseitig war. Es war nicht recht anzunehmen, daß es sich dabei um eine einfache „Nierenkongestion" gehandelt haben könnte, oder daß eine toxische Nephritis oder ein embolisch-bakteriämischer, auf die Nierenrinde beschränkter Prozeß, wie man ihn wiederholt bei Fällen von sogenannter „essentieller Hämaturie" gefunden, die Ursache gewesen ist. Doch bleibt nur die Annahme übrig, daß es sich um embolische oder thrombotische Prozesse dabei gehandelt haben könnte. W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Kenntnis der Hämatoporphyrinurie bei der Bleivergiftung, von Alfred Goetzl-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 14. Dez. 1911, Nr. 50.) Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen, um festzustellen, ob eine endogene Sensibilisierung bei Kaninchen möglich sei, d. h. zu untersuchen, ob und bis zu welchem Grade das auf dem Wege der chronischen Bleivergiftung im Tierkörper erzeugte Hämatoporphyrin genügt, die vergifteten Tiere lichtempfindlich zu machen. Versuche an sieben Kaninchen, die zeigen, daß überall dort, wo Hämatoporphyrin spektroskopisch deutlich nachweisbar war, d. h. wo eine größere Menge dieses Körpers im Harn ausgeschieden wurde, auch die Bestrahlung einen ähnlich eklatanten Erfolg erzielte, wie er bei mit Sulfonal verfütterten Tieren hervorgebracht werden kann. Die klinische Bleivergiftung wurde bei den Kaninchen erzeugt mittels essigsaurem Bleitriäthyl und hatte stets Hämatoporphyrinurie zur Folge. W. Lehmann-Stettin.

Die Frage der Hämoglobinurien, von Jean Camus und Ph. Pagniez. (Presse méd., 1912, Nr. 9.) Die Verfasser glauben, daß alle Untersuchungen der letzten zehn Jahre ihnen Recht gegeben haben, eine Dreiteilung der Varietäten der Hämoglobinurien aufzustellen. Sie unterscheiden erstens eine globuläre Hämoglobinurie, welche das Resultat eines ungehinderten Durchgangs von im Plasma frei zirkulierenden, von den roten Blutkörperchen stammenden Hämoglobins durch die Niere ist; zweitens eine muskuläre Form. Hier ist die Hämoglobinurie das Resultat des Durchgangs durch die Niere von Hämoglobin, das von den Muskeln stammt und durch das Plasma der Niere zugeführt wird. Eine dritte Form endlich, die urinäre Hämoglobinurie, ist das Resultat einer Hämolyse, die diesseits des Nierenfilters erfolgt ist. Es ist eine Hämoglobinurie ohne vorherige Hämoglobinämie. A. Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Ätiologie der paroxysmalen Hämoglobinurie, von Ludwig Fejes-Budapest. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 71, Heft 5/6.) In Anbetracht dessen, daß

Digitized by Google

in den meisten Fällen der menschlichen Haemoglobinuria paroxysmalis in der Anamnese die luetische Infektion direkt nachweisbar ist, liegt der kausale Zusammenhang zwischen Lues und paroxysmaler Hämoglobinurie nahe. Mit Bezug darauf, daß die Spirochaeta pallida zur Familie der Protozoen gerechnet wird, leitete der Gedanke der Imitation des in der Ätiologie der menschlichen Haemoglobinuria paroxysmalis vorhandenen Moments den Verfasser dahin, ein Pferd mit Trypanosomen zu infizieren. Es gelang ihm aber nicht, beim Pferde einen der Haemoglobinuria paroxysmalis ähnlichen Anfall hervorzurufen. Er fand aber zwei wichtige Veränderungen: freie Autolysinwirkung und Steigerung der Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen im Fieberanfalle.

Schourp-Danzig.

Zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie, von E. Grafe-Heidelberg. (Dtsch. med. Wochensch., 1911, Nr. 44.) Der Verfasser teilt einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem 10jährigen Jungen mit, der sich durch seine weitgehende Unabhängigkeit von der Außentemperatur von den bisher beschriebenen Fällen unterscheidet. Leichte Anfälle stellten sich sogar bei Bettruhe ein, so daß man kaum von einer Haemoglobinurie e frigore sprechen konnte. Beim Donath-Landsteinerschen Versuch genügte bereits eine Abkühlung auf 20° C, um deutliche Hämolyse hervorzurufen. Der Verfasser glaubt, daß viel weniger die Kälte als das Auftreten starker vasomotorischer Störungen von entscheidender Bedeutung für das Auftreten des Anfalls ist. Gunsett-Straßburg.

Über die Histologie der Niere bei Hämoglobinurie auf Grund elektiver Hämoglobinfärbung, von John Willoughby Miller-Gießen. (Centralbl. f. allg. Pathol., 15. Dez. 1911.) Das Hämoglobin wird bei der menschlichen Hämoglobinurie von den Epithelien der gewundenen Kanälchen erster Ordnung und der Henleschen Schleifen ausgeschieden, nachweisbar ist ferner eine wenig in Betracht kommende Ausscheidung aus den Zellen der Bowmanschen Kapseln. Fendt-Wiesbaden.

Bemerkungen zu der Mitteilung von Miller über die Histologie der Niere bei Hämoglobinurie, von H. Ribbert-Bonn. (Centralbl. f. allg. Pathol., Bd. 23, Nr. 2.) Miller hat in Nr. 23, Bd. 22 des Centralbl. f. allg. Pathol. die Ansicht vertreten, daß das Hämoglobin durch die gewundenen Harnkanälchen erster Ordnung ausgeschieden wird. Auf Grund seiner eigenen Arbeiten ist Verfasser der Ansicht, daß die Ausscheidung des Hämoglobins durch die Glomeruli geschieht. Fendt-Wiesbaden.

Phosphaturie und Oxalurie, von Teissier-Lyon. (II. Internat. Urologenkongreß, 27. Juli 1911 in London. Gaz. des hôp., 1911, Nr. 100.) Nach Teissier gibt es drei Arten von Phosphaturie: 1. falsche Phosphaturien infolge von Infektion des Urintraktus, infolge von Alkaleszenz der Blase bei Hyperchlorhydrie und Neurasthenie, infolge von Kalziurie usw., 2. vorübergehende Phosphaturien in den Krisen starker Fieber, infolge von geistiger Überarbeitung, Hysterie, Epilepsie, Ermüdung und Menstruation, 3. permanente Phosphaturien, welche oft allein, oft mit Azeturie, Albuminurie, Glykosurie und Oxalurie einhergehen. Diese Form kann durch verstärkten Zerfall von Nervensubstanz (Überarbeitung usw.) mit neurasthenischen Erscheinungen bedingt sein oder ein prämonitorisches Symptom der Tuberkulose oder ein begleitendes Symptom einer Diabetes sein. A. Gunsett-Straßburg.

Der Wert der Zystoskopie bei chirurgischen Erkrankungen der Niere, von F. Webb Griffith-Asheville, N. C. (Journ. amer. med. assoc., 30. März 1912.) Bei der Nierentuberkulose kommt alles auf möglichst frühe Diagnose an, die in verdächtigen Fällen ermöglicht wird durch die Zystoskopie bzw. den Ureterenkatheterismus.

Zur Entscheidung, ob bei Frauen mit Nephroptosis Abdominalbeschwerden auf die Niere oder auf andere Organe zurückzuführen sind, füllt Verfasser durch den einge-

Digitized by Google

führten Ureterenkatheter das Nierenbecken mit destilliertem Wasser an. Die Dehnung des Nierenbeckens verursacht Schmerzen, und die Pat. kann nun angeben, ob Art und Sitz der Schmerzen mit den von ihr geklagten übereinstimmen.

Bei der Nephrolithiasis ist das Zystoskop von besonderem Wert zur Bestätigung der Röntgenaufnahme, zur Feststellung einer Infektion und der relativen und absoluten Arbeitsfähigkeit der beiden Nieren.

Vom Zystoskop und Ureterenkatheter sollte zum Wohle der Patienten ein viel ausgedehnterer Gebrauch als bisher gemacht werden. Fendt-Wiesbaden.

Phenolsulfophthalein und die Funktionsprüfung der Nieren, von Montague L. Boyd-Atlanta, Ga. (Journ. amer. med. assoc., 2. März 1912.) Phenolsulfophthalein ist eine neue, nicht toxische, nach subkutaner oder intramuskulärer Injektion schnell im Urin erscheinende hellrote Farbsubstanz, die bei der Funktionsprüfung der Nieren vorteilhaft Verwendung findet. Die Dosis beträgt 6 mg, die in 1 ccm Kochsalzlösung gelöst sind. Fendt-Wiesbaden.

Über kollaterale Atrophie von Harnkanälchen um Infarkte herum, von Natalie Spielvogel. (Inaug.-Dissert., Berlin 1911.) Läßt sich nicht in der gebotenen Kürze referieren und muß deshalb im Original eingesehen werden.

Fritz Loeb-München.

Über epitheliale Riesenzellen in der Niere, von W. Wittich-Jena. (Virchows Arch., Bd. 206, Heft 3.) Die Bildung von epithelialen Riesenzellen in den Harnkanälchen der Niere ist weit häufiger zu finden, als bisher meist angenommen wurde. Sie treten besonders bei parenchymatöser Degeneration und bei nicht zu hochgradigen Schrumpfungsprozessen entzündlicher oder nicht entzündlicher Natur auf. Für ihre Bildung kommen neben mechanischen Momenten — Gewebsentspannung, Druckänderung — auch formative Reize in Betracht. Wahrscheinlich stellen die Riesenzellen in der Niere eine atypische unvollkommene Regeneration zum Ersatze zugrundegegangener Epithelien dar. Schourp-Danzig.

Nierenzysten und ihre Beziehungen zu den Nierenkörperchen, von Georg Rosenow. (Inaug.-Dissert., Berlin 1911.) Für die zystenartigen Bildungen der Nierenkörperchen muß man, um ihre Genese zu erklären, in vielen Fällen eine Mißbildung in der Fötalzeit annehmen. Eine derartige Annahme ist nötig, weil sonst jede Erklärung der Zysten in normalen Nieren, wie sie häufig gefunden werden, fehlt. Sind dagegen in der Nähe der Zysten Schrumpfungsherde vorhanden, so ist die Möglichkeit einer Abhängigkeit von diesen nicht unbedingt auszuschließen.

Es erscheint somit dem Verfasser nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse nicht angängig, sich lediglich für die eine oder die andere Anschauung der Entstehung der Glomeruluskapselzysten zu entscheiden, vielmehr sind beide nebeneinander berechtigt. Erst weitere — vielleicht experimentelle — Arbeiten werden ergeben können, ob tatsächlich die Ansicht einzelner neueren Verfasser, daß alle Nierenzysten kongenital seien, zu Recht besteht. Vorläufig indes muß sie als nicht zu beweisen abgelehnt werden.

Fritz Loeb-München.

Zur Diagnose und Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose, von Alex. Homburg. (Inaug.-Dissert., Freiburg i. B. 1911.) Von den neuen und neuesten Methoden zur Feststellung der Tuberkulose und der Funktion einer Niere reicht noch keine für sich allein aus. Als feinste und genaueste Methode gilt heute die experimentelle Polyurie nach Albarran, die im Verein mit anderen Methoden, wobei die alten klinischen Untersuchungsmethoden eine wesentliche Rolle weiter spielen werden, mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit über den Zustand und die Funktion der Niere unterrichtet. Steht auch heute in der Therapie der Nierentuber-

Digitized by Google

kulose die Nephrektomie obenan, so hat doch die konservative Richtung auch nicht wenig Anhänger. Die Zahl derer, die bei einseitiger Nierentuberkulose im vorgeschrittenen Stadium eine interne Therapie verlangen, ist klein geworden, doch herrscht über die initialen Fälle von Nierentuberkulose noch heftiger Streit zwischen den Anhängern der operativen und der konservativen Therapie. Je mehr sich die Ansicht Geltung verschafft, daß die Nierentuberkulose eine hämatogene Ausscheidungstuberkulose ist und deszendiert, um so mehr scheint auch die operative Therapie an Boden zu gewinnen, und die Vertreter dieser Richtung wenden die hygienisch diätetische Behandlung allerhöchstens bei Kindern in den ersten Anfangsstadien der Tuberkulose an. Für die Diagnose der Blasentuberkulose ist noch kein einheitliches Mittel gefunden, die Meinungen über die wenigen jetzt zur Verfügung stehenden Methoden sind geteilt. In der Therapie der Blasentuberkulose stehen sich wie bei der Nierentuberkulose wieder die konservative und die operative Behandlung gegenüber. Die Zahl der Anhänger der ersteren ist geringer geworden; überhaupt sprechen sich nur noch wenige gegen die Nephrektomie aus, seitdem sich die Lehre von der Deszendenz der Nierentuberkulose mehr und mehr Geltung verschafft hat. Es herrscht noch keine einheitliche Auffassung darüber, ob in jedem Fall von Blasentukerkulose die Niere angegriffen werden soll. Auch über das Verhalten der erkrankten Blase nach vorgenommener Nephrektomie sind die Meinungen noch geteilt. Während einige an die spontane Ausheilung der Blasentuberkulose nach Nephrektomie glauben, wollen andere eine mehr oder weniger intensive Behandlung der Blase, wozu die mannigfachsten Mittel und Methoden vorgeschlagen werden. Die Zystotomie als einziger Eingriff zur Behandlung der tuberkulösen Blase wird nur noch von sehr wenigen gemacht. Die Nephrektomie spielt heute schon in der Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose die erste Rolle.

Fritz Loeb-München.

Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose, von Hohlweg-Gießen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) H. entgegnet auf die Neckersche Kritik seiner Besprechung dieses Themas (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6), daß er ausdrücklich in erster Linie die chirurgische Behandlung empfohlen hat, was N. vielleicht entgangen sein dürfte. H. hat nur zeigen wollen, daß bei Fällen, welche aus irgend welchen Gründen einer Operation nicht zugängig sind, man eine Besserung und sogar Heilung bei Tuberkulinbehandlung als nicht durchaus unmöglich betrachten kann.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Beobachtungen an 203 wegen Nierentuberkulose operierten Patienten, von W. F. Braasch-Rochester, Minn. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 6.) 2,9 % postoperative Mortalität. Eine Dauerheilung kann in 75 % bei den wegen einseitiger Nierentuberkulose Operierten erwartet werden, während bei anderer Behandlung volle 90 % ihrem Leiden erliegen. Bei fünf Patienten wurde wegen doppelseitiger Nierentuberkulose die stärker erkrankte Niere entfernt; alle jedoch starben innerhalb eines Jahres nach der Operation.

Fendt-Wiesbaden.

e. Labien, Vagina usw.

Karzinom der Klitoris, von Charles D. Lockwood. (Journ. amer. med. assoc., 1911, S. 1609.) Mitteilung eines Falles. Tod zwei Jahre nach der Operation an Drüsenmetastasen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Eine Vorlesung über Pruritus vulvae, von R. E. Gibbons-London. (Brit. med. Journ., 2. März 1912.) Verfasser bespricht die Symptome und Pathologie, namentlich aber die Ätiologie und Therapie des Leidens eingehend und bringt auch einiges interessante kasuistische Material herbei.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Grünfärbung des Urins durch Geheimmittelpillen, von F. L. Golla und H. D. Rolleston-London. (Brit. med. Journ., 11. Mai 1912.) Binnen kurzer Zeit haben Verfasser das Auftreten eines matt grünlichblauen Urins beobachtet und konnten feststellen, daß die Ursache auf den Gebrauch von Pillen, die eine gewisse Menge von Methylenblau enthielten, zurückzuführen war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

III. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Dermatologen. Zum 7. Juli hatte Prof. Wolters Einladungen nach Rostock ergehen lassen, welchen Herren aus Berlin, Hamburg, Kiel, Schwerin usw. gefolgt waren. Zur Demonstration gelangten: 1. Pityriasis rubra Hebrae, 2. Mycosis fungoides (Heilung durch Röntgen), 3. Sclerodermia diffusa mit Sklerodaktylie, 4. Zirkumskripte Sklerodermie (en bande) 2 Fälle, 5. Hautatrophien: a) diffuse, b) zirkumskripte, c) Acrodermatitis atrophicans chronica (2 Fälle), d) Atrophie der Haut bei Lues III., 6. Folliculitis papillaris capillitii 3 Fälle (daneben ein Fall von ausgebreitetem Aknefibrom), 7. Lichen ruber planus mit Schleimhauterscheinungen im Mund und an der Glans, 8. Lichen ruber planus (Ringform) 2 Fälle, 9. Lichen ruber verrucosus, 10. Systematisierter Nävus am ganzen Körper, 11. Naevus mollusciformis der rechten Hand, 12. Fibroma molluscum (Morbus Recklinghausen), 13. Angiofibroma haemorrhagicum, 14. Urticaria pigmentosa, 15. Ichthyosis congenita, 16. Lupus erythematodes, 17. durch Röntgenbehandlung geheilte Karzinome des Gesichtes (5 Fälle). Die Tagung wurde geschlossen durch einen Vortrag von Wechselmann-Berlin 18. über neuere Untersuchungen des Lumbalpunktates im Frühstadium der Syphilis und über Injektion von Salvarsan in den Lumbalsack. — An Demonstrationen und Vortrag schloß sich eine anregende und lebhafte Aussprache. Delbanco-Hamburg.

Priv.-Doz. Pier Lodovico Bossellini, Assistent der Klinik von Prof. Majocchi in Bologna, ist zum Professor der Dermatologie und Syphilis in Sassari ernannt worden.

Priv.-Doz. Francesco Radaeli in Florenz, zurzeit interimistischer Leiter der dermatologischen Klinik zu Sassari, ist zum Professor der Dermatologie und Syphilis in Cagliari ernannt worden.

Dr. M. Arroyo ist zum Professor der Urologie an der medizinischen Schule zu Guatemala ernannt worden.

Dr. Josef Guszmann hat sich in Budapest als Privatdozent für Hautkrankheiten und Syphilis habilitiert.

Dr. Richard Volk hat sich in Wien als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Prof. P. G. Unna-Hamburg wurde zum Ehrenmitgliede der American Dermatological Association gewählt.

Dr. Giuseppe Tuccio, Assistent der dermatologischen Klinik zu Palermo, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. August 1912 | Nr. 32 | Band 55

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin. (Vorstand: Prof. S. Giovannini.)

Verfahren zur intensiven und raschen Färbung des Treponema pallidum und anderer Spirochäten[1]).

Von

Dr. Artur Fontana, Oberassistent.

(Mit 2 Abbildungen.)

Das Verfahren ist folgendes:

1. Das zu untersuchende Material wird mit einem Tropfen destillierten Wassers verdünnt und auf einem Objektträger ausgebreitet; das lufttrockene Präparat wird dann über der Flamme fixiert.

2. Aufgießen einiger Tropfen folgender Lösung (A): Gerbsäure 5,00, Dest. Wasser 100,00, 30 Sekunden langes Erwärmen bis zur Entwicklung schwacher Dämpfe und 30 Sekunden langes Abspülen in fließendem Wasser.

3. Aufgießen einiger Tropfen folgender Lösung (B): Silbernitrat 5,00, Dest. Wasser 100,00, Flüssiges Ammoniak 9,00 (vgl. weiter unten) 20 bis 30 Sekunden langes (je nach der gewünschten Färbungsintensität) Erwärmen über der Flamme, Abspülen und Abtupfen mit Fließpapier.

Zu dieser Färbung braucht man im ganzen 70—80 Sekunden.

Bei der Herstellung der Lösung B muß der Ammoniak der Silbernitratlösung tropfenweise zugesetzt werden; zuerst entsteht ein Präzipitat, welches sich aber, wenn man weiteres Alkali zusetzt, wieder gänzlich auflöst. Um eine gute Färbung zu erzielen, muß man die Lösung nicht überschüssig alkalisieren; man muß infolgedessen nach Wiederauflösung des Präzipitates wieder einige Tropfen der 5%igen Silbernitratlösung, bis die Flüssigkeit leicht opaleszent wird, zusetzen.

Die so hergestellte Lösung erhält sich auch mehrere Monate lang aktiv.

Ich konnte mit der beschriebenen Methode folgende Arten: Treponema pallidum, Spirochaeta refringens, Sp. balanitidis, Sp. dentium, Sp. buccalis, färben.

---

[1]) Ins Deutsche übertragen von Dr. med. M. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Die Keime nehmen eine intensive gelbe oder braune Farbe an, und ihr Körper tritt deutlich hervor, so daß man die erwähnten Mikro-

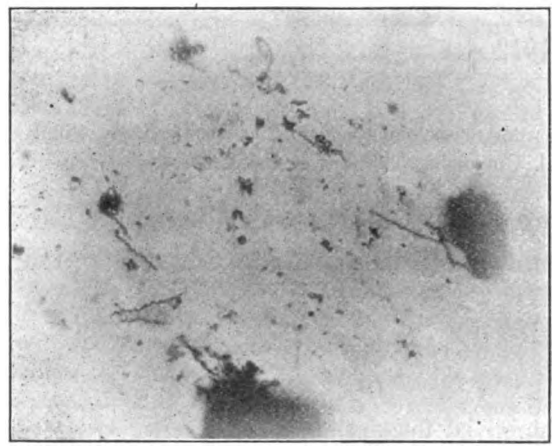


Fig. 1.
Treponema pallidum. (Vergr. 800.)

organismen selbst mit Obj. 8* und mit Obj. 5 und Kompensationsokul. 8 deutlich unterscheiden kann.

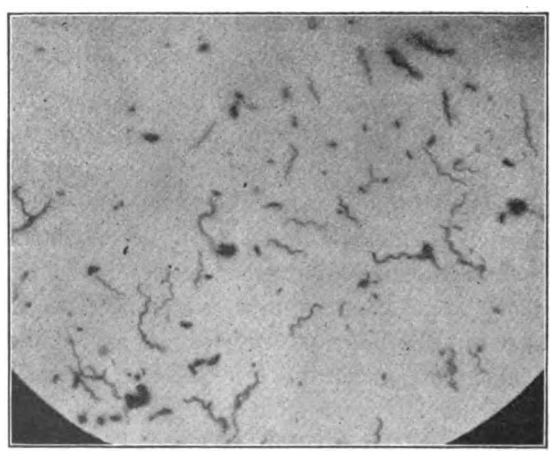


Fig. 2.
Spirochaeta buccalis. (Vergr. 800.)

Auch kann man die Keime äußerst leicht photographieren, wie aus den beiden Abbildungen (Fig. 1 und 2) hervorgeht.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der städtischen Universität Amsterdam (Vorstand: Prof. S. MENDES DA COSTA).

Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung.

Von

Dr. H. STRUVE, Assistent der Klinik.

Die Schmerzhaftigkeit der Injektion mit dem EHRLICHschen Mittel ins Gewebe, ungeachtet ob dieses in saurer oder alkalischer Lösung oder in neutraler Suspension, subkutan oder intramuskulär eingespritzt wird, hat seine Anwendung auf jene Fälle, wo eine langsame und dauerhafte Aufnahme nötig erscheint, beschränkt. Jedenfalls hat die intravenöse Einspritzung oder Eingießung des Mittels wegen ihrer Schmerzlosigkeit vieles für sich, und sie hat folglich die erstgenannte Methode bedeutend in den Hintergrund gedrängt.

Nachdem in den meisten Kliniken nach den Vorschriften EHRLICHS gearbeitet wird, indem man das Salvarsan in alkalische Lösung bringt, bevor man es ins Blut spritzt, gibt es doch einzelne Therapeuten (DUHOT, FLEIG, SPIETHOFF), welche eine völlige oder teilweise saure Reaktion der Salvarsanlösung vorziehen und Eiweißniederschläge im Blute nur bei stark saurer Lösung befürchten. DUHOT[1]) gibt auf jede 100 mg Salvarsan 75 g phys. Salzlösung. In solcher Verdünnung mit Serum in vitro zusammengebracht, sah er die Flüssigkeit höchstens leicht opaleszent werden. Das stark verdünnte Salvarsan wird, wenn es langsam ins Blut fließt, sofort neutralisiert und gelöst durch die Alkaleszenz des Blutes und dadurch wird es verhindert, das Eiweiß anzugreifen. Wenn aber auf einmal eine größere Quantität ins Blut gelangt, können Niederschläge auftreten und gefährlich werden. Es wundert uns darum die Erklärung, die DUHOT in demselben Artikel[1]) für die vermeinte bessere Wirkung der sauren Infusion gibt.

Er schreibt nämlich:

„Die Wirkung der verdünnten Salvarsanlösung auf die Albuminen des Blutserums ist vielleicht einer der günstigen Punkte dieser Medikation. Tatsächlich muß die Kombination auf diese Weise produziert, Albuminaten bilden, die länger im Körper bleiben und sich nicht sobald eliminieren

[1]) DUHOT: Méthode des infusions intraleinenses acides à grande dilution dans le traitement de la syphilis par le Salvarsan. Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles, Mai 1911.

Digitized by Google

können als eine isotonische alkalische Solution. Das alkalische Blut badet alle Organe, die im allgemeinen dieselbe Reaktion haben.

Die saure Lösung wird also für sie eine spezielle Affinität haben und sie wird länger im Organismus zurückgehalten werden. Sie kann also eine längere spirillozide Wirkung ausüben."

Abgesehen von diesen theoretischen Betrachtungen, berichtete Duhot über sehr günstige Erfolge mit der Infusion saurer Salvarsanlösung und erwähnt wenig unangenehme Nebenerscheinungen und direkte Folge dieser Behandlung. Seine Methode wurde von anderen: Spiethoff [1]), Fleig [2]) und Milian [3]) übergenommen. Auch diese Untersucher waren mit ihren Resultaten sehr zufrieden.

Auch wir haben diese saure Salvarsanlösung in ihrer Wirkung untersucht. Wir haben sie 130mal intravenös eingebracht bei 40 syphilitischen Kranken.

Wir lösten jede 100 mg Salvarsan in 75 ccm halbprozentiger Kochsalzlösung.

Als 1. Injektion bekamen unsere Kranken 200—300 mg, als 2. 400—500 mg, als 3. 500 mg, und wenn nötig als 4. 500 mg Salvarsan. In Vergleich damit haben wir auch alkalische Salvarsanlösung eingespritzt. In 50 g Kochsalzlösung waren 100 mg Salvarsan enthalten. Als 1. Dose wurde 200—300 mg, als folgende Dosen 400—500 mg Salvarsan verabreicht in alkalischer Lösung. Obwohl die Anzahl Patienten, die wir behandelt haben, klein ist, meinen wir doch, aus den eindeutigen Resultaten den Schluß ziehen zu können, daß die saure Salvarsanlösung weniger wirksam ist als die alkalische Lösung, und daß ohnehin die unangenehmen Nebenerscheinungen während oder kurz nach der Infusion von der sauren Salvarsanlösung, bei dieser viel stärker ausgesprochen waren als bei jener.

Auch war ein Unterschied zu beobachten in der Mannigfaltigkeit, womit die unangenehmen Nebenerscheinungen auftraten, denn Kopfschmerz, Erbrechen, Brechneigung, Bauchschmerz und Diarrhöe waren Symptome, die öfter nach der sauren als nach der alkalischen Salvarsanlösung auftraten. Während nach dem Gebrauche von der ersten sauren Salvarsanlösung nur 17 von den 40 Kranken ohne Beschwerde blieben, war diese Anzahl beim Gebrauche der ersten alkalischen Lösung 32. Während des langsamen Einfließens der sauren Salvarsanlösung in die Vene, nahmen wir manchmal eine Rötung des Gesichts und des Halses wahr. In zwei Fällen waren wir genötigt, wegen auffolgender Synkope Kampferöl zu injizieren. Die Infusion mit der alkalischen Lösung wurde immer ohne Beschwerde ertragen.

[1]) Spiethoff: Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 11 und 32. — [2]) Fleig: Montpellier méd., 1911, Nr. 17 bis 21. — [3]) Milian, Paris méd., 10. Juli 1911.

Digitized by Google

Auch bei den folgenden Injektionen waren die Nebenerscheinungen beim Gebrauche der sauren Salvarsanlösung stärker ausgeprägt, als beim Gebrauche der alkalischen Lösung.

Die Anzahl der Patienten, die ohne direkte Reaktionserscheinungen blieben nach der 2. und 3. alkalischen Salvarsanlösung, war 30. Nach dem Gebrauche der sauren Lösung war diese Zahl 15. Was die Reaktion mit Fieber nach der Infusion betrifft, nahmen wir wahr, daß die Temperatur 3 Stunden nach der 1. Infusion mit saurer Lösung meistens hoch war, im Durchschnitt 38° C. Auf dieselbe Weise fanden wir bei 40 unserer

I. Quantitative Werte der Wassermannschen Reaktion, bestimmt nach der Methode Sormani[1]) bei mit saurer Salvarsanlösung behandelten Kranken.

Serum	1 Woche	2 Woch.	1 Monat	2 Monate	3 Monate	Bemerkungen
1	$^{1}/_{10}$+				$^{10}/_{10}$+	Weg. Kopfschmerzen u. Müdigkeit: Hg-Kur
2					$^{10}/_{10}$	Keine Besserung: Hg-Kur
3		$^{10}/_{10}$+				Das Exanth. war noch nicht verschwunden: Hg-Kur
4	$^{2}/_{10}$+		$^{5}/_{10}$+			P. hat sich nicht wieder eingestellt
5		$^{3}/_{10}$+	0	$^{10}/_{10}$+		2 Monate nach der Kur erschien ein papulo-pustulöses Exanthem
6	$^{10}/_{10}$+		0		0	Bleibt frei von Symptomen
7				$^{4}/_{10}$+		Ohrensausen dauert fort: Hg-Kur
8				$^{10}/_{10}$+		P. hat sich nicht wieder eingestellt
9	$^{7}/_{10}$+					Wegen der +Wa.-R. u. wegen Anhalten der Erscheinungen: Hg-Kur
10			$^{3}/_{10}$+	$^{8}/_{10}$+		Wegen der +Wa.-R.: Hg-Kur
11	$^{8}/_{10}$+		$^{9}/_{10}$+	$^{3}/_{10}$+	0	Bleibt frei von Symptomen
12		$^{10}/_{10}$+				Keine Besserung: Hg-Kur
13	$^{10}/_{10}$+					P. hat sich nicht wieder eingestellt
14	$^{2}/_{10}$+	$^{3}/_{10}$+		$^{2}/_{10}$+		Wegen der +Wa.-R. eine 2. Salvarsankur
15				$^{10}/_{10}$+		Wegen einer +Wa.-R.: Hg-Kur
16		$^{9}/_{10}$+				„ „ „ „
17		$^{10}/_{10}$+		0		Bleibt frei von Symptomen
18		$^{10}/_{10}$+	$^{10}/_{10}$+			Wegen der +Wa.-R.: Hg-Kur
19		$^{10}/_{10}$+	$^{3}/_{10}$+			P. hat sich nicht wieder eingestellt.
20		0				„ „ „ „ „ „
21	$^{10}/_{10}$+	$^{7}/_{10}$+				„ „ „ „ „ „
22			0			„ „ „ „ „ „
23	$^{7}/_{10}$+		$^{9}/_{10}$+			„ „ „ „ „ „
24	$^{9}/_{10}$+		$^{7}/_{10}$+			„ „ „ „ „ „
25	$^{10}/_{10}$+	$^{1}/_{10}$+	0		$^{3}/_{10}$+	Hat Ohrensausen u. Kopfschm. bekommen

[1]) Arch. f. Derm., 1909, Bd. 98.

Digitized by Google

II. Quantitative Werte der Wa.-R., bestimmt nach der Methode Sormani bei mit alkalischer Salvarsanlösung behandelten Kranken.

Serum	1 Woche	2 Woch.	1 Monat	2 Mon.	3 Mon.	6 Mon.	Bemerkungen
1	$^{10}/_{10}+$		0		0	0	Bleibt frei von Symptomen
2	$^{10}/_{10}+$		$^{5}/_{10}+$		0		5 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen
3	$^{7}/_{10}+$			0	0		6 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen
4	$^{10}/_{10}+$				0		6 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen
5	0				$^{10}/_{10}+$		P. hat sich nicht wieder eingestellt
6	$^{10}/_{10}+$			0	0	0	Bleibt frei von Symptomen
7					0		Rezidive 6 Monate nach der Kur
8					0		P. hat sich nicht wieder eingestellt
9				0	0		„ „ „ „ „ „
10		$^{10}/_{10}+$					„ „ „ „ „ „
11	$^{10}/_{10}+$				$^{10}/_{10}+$		Hg-Kur
12						0	Bleibt frei von Symptomen
13						0	P. hat sich nicht wieder eingestellt
14		$^{6}/_{10}+$					„ „ „ „ „ „
15		0				$^{10}/_{10}$	2. Salvarsankur
16		$^{10}/_{10}+$	$^{8}/_{10}+$	0		$^{8}/_{10}+$	„
17					0		Rezidive nach 6 Monaten
18				0			P hat sich nicht wieder eingestellt
19				0			4 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen geblieben
20			0	0			P. hat sich nicht wieder eingestellt
21			0				„ „ „ „ „ „
22			0				„ „ „ „ „ „
23				0			3 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen geblieben
24		0					2 Monate nach der Kur noch frei von Erscheinungen geblieben
25	$^{9}/_{10}+$						P. hat sich nicht wieder eingestellt

Kranken, die die alkalische Salvarsanlösung bekamen, 3 Stunden nach der 1. Injektion eine mittlere Temperatur von 37,3° C.

Wenn die therapeutische Wirkung beim Gebrauche der sauren Salvarsanlösung besser gewesen wäre als mit der alkalischen, dann hätte man sich über die unangenehmen Folgen trösten können. Allein unsere Erfahrung war, daß im Gegenteil die Syphiliden weniger schnell verschwanden und daß die Wa.-R. weniger schnell negativ wurde, als nach der Behandlung mit der alkalischen Lösung.

Digitized by Google

Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über das Verhalten der Wa.-R. bei unseren Kranken, die teils mit der sauren, teils mit der alkalischen Salvarsanlösung behandelt worden waren.

Das Blut wurde 1 Woche, 2 Wochen, 1 Monat, 2 Monate, ±3 Monate, ±6 Monate nach der letzten Salvarsaninjektion untersucht.

Aus diesen Tabellen ist ersichtlich, daß von den 25 mit der sauren Salvarsanlösung behandelten Patienten nur 6 eine negative Wa.-R. bekamen, die aber bei 2 wieder positiv wurde.

Hingegen bekamen 20 von den 25 Kranken, die mit alkalischer Salvarsanlösung behandelt worden waren, eine negative Wa.-R.

Allerdings rezidivierte die Krankheit auch bei diesen in dem Sinne, daß bei 8 die Wa.-R. wieder positiv wurde, oder daß ein Syphilid auftrat.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß die saure Salvarsanlösung in ihrer Wirkung in keiner einzigen Hinsicht der alkalischen Lösung überlegen war.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Juni 1912, Bd. 15, Nr. 9.

Ein Fall von hereditärer Syphilis in der zweiten Generation, von E. SONNENBERG-Lodz-Polen. Aus der Krankengeschichte der Familie, die Verfasser seit 17 Jahren kennt und beobachtet, ist hervorgegangen, daß der Großvater von seiner Syphilis angeblich nichts gewußt hat, während die Großmutter als junge Frau mehrere Male abortierte und an progressiver Paralyse zugrunde ging. Deren Tochter kam als 14jähr. Mädchen mit einer Periostitis mandibulae, die nach erfolgloser Anwendung lokaler Mittel auf interne Jodmedikation verschwand, zur Beobachtung. Als junge Frau abortierte sie einige Male, gebar dann scheinbar gesunde Kinder. Bei dem ältesten Jungen wurde, im Alter von 11 Jahren, eine Periostitis der Unterschenkel mit Hyperplasie und spindelartiger Auftreibung festgestellt; zugleich Entzündung der Hornhaut und charakteristische Veränderung der Schneidezähne. WASSERMANN positiv und Besserung auf spezifische Behandlung hin. Die beiden anderen Kinder zeigten keine klinischen Symptome, aber positiven WASSERMANN, der Vater negativen WASSERMANN. W. Lehmann-Stettin.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1911, Nr. 11—12.

1. Ein Fall von hereditärer Syphilis in zweiter Generation, von E. SONNENBERG-Lodz. Bericht über einen interessanten Fall, in dem Verfasser die Vererbung der Lues in zwei Generationen selbst beobachten konnte. Vor etwa 15 Jahren stellte er bei einem Manne ein Gumma am harten Gaumen fest. Die Frau des Patienten, die einige Male abortiert und dann scheinbar gesunde Kinder zur Welt gebracht hat, ging einige Jahre später an progressiver Paralyse zugrunde. Bei einem der Kinder dieser Eheleute, einem

Digitized by Google

14jährigen Mädchen, konstatierte Verfasser vor etwa 17 Jahren eine Periostitis am Unterkiefer, die erst nach Joddarreichung heilte. Das Mädchen heiratete dann im Alter von 20 Jahren einen Mann, den Verfasser öfters untersuchte und der nie syphilitisch krank war. Nach der Heirat abortierte die junge Frau einige Male, dann aber kamen drei Kinder, die keine luetischen Symptome aufwiesen. Im Alter von elf Jahren entwickelte sich bei dem ältesten Sohne eine beiderseitige Periostitis der Schienbeine; gleichzeitig stellte Verfasser bei dem Knaben charakteristische Veränderungen an den Schneidezähnen und beiderseitige parenchymatöse Keratitis fest; auch die Wassermannsche Reaktion fiel bei dem Knaben positiv aus. Die nun vorgenommene Seroreaktion mit dem Blute der zwei jüngeren Kinder ergab ebenfalls positives Resultat. Das Serum des Vaters reagierte dagegen negativ.

2. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan (3. Mitteilung), von Felix Malinowski. Verfasser behandelte im Laufe von $1^1/_2$ Jahren über 2000 Fälle mit Salvarsan, das er, besonders in der letzten Zeit, hauptsächlich intravenös injizierte. Die Dosis beträgt in der Regel 0,6—0,5, bei Herz- und Nervenkrankheiten weniger; manchmal wurde die Injektion nach 2—3 Tagen wiederholt, so daß die Gesamtdosis 1,2—1,0 Salvarsan betrug. In Fällen von Tabes beobachtete Verfasser nur vorübergehende Besserungen. Dagegen konstatierte er in einigen Fällen beginnender progressiver Paralyse eine sichere und bis jetzt (1 Jahr) andauernde Besserung, was ihn zur Meinung führt, daß man in solchen Fällen unbedingt den Versuch mit Salvarsan machen sollte. — Bei 78 Kranken, die über 10 Monate in Beobachtung stehen, wurde die Seroreaktion öfters kontrolliert. Unter 10 Personen mit Primäraffekt fehlen bis jetzt bei 9 die sekundären Erscheinungen und die Seroreaktion bleibt negativ; bei der zehnten, die ebenfalls symptomfrei ist, ergibt die Blutreaktion in letzter Zeit ein schwach positives Resultat. Unter 38 Kranken im Sekundärstadium wurde die positive Reaktion bei 7 in eine dauernd negative nach einer Infusion umgewandelt, bei 10 nach zwei, bei 21 nach drei Salvarsaninfusionen und Quecksilberbehandlung. Im tertiären Stadium blieben über 10 Monate 30 Kranke in Beobachtung. Bei 6 bleibt die Seroreaktion negativ nach einmaliger, bei 10 nach zweimaliger, bei 8 nach dreimaliger Salvarsananwendung und energischer Jodquecksilberbehandlung. In einigen Fällen wurde die Seroreaktion, die über ein halbes Jahr negativ blieb, abermals positiv. Diese Beobachtung läßt den Verfasser in frischen Fällen die Salvarsaninfusionen einige Male wiederholen und in der Zwischenzeit (6—8 Wochen) Quecksilber und Jod anwenden.

Die Anwendung des Salvarsans ist nach Verfasser nur in Fällen von sehr schweren Affektionen des Gefäßsystems, der Nieren und der Leber kontraindiziert.

3. Die Vakzinotherapie, von Stanislaw Serkowski. (Fortsetzung.) Eingehender Bericht über den jetzigen Stand der Vakzinotherapie bei Tuberkulose.

1912, Nr. 1—3.

1. Arsenik in einer nach Salvarsananwendung entstandenen und anderthalb Jahre persistierenden Zyste, von J. Wojciechowski. Ein 30jähriger Mann mit Primäraffekt, Skleradenitis und makulösem Syphilid bekam vor 18 Monaten 0,6 Salvarsan intramuskulär in den Rücken. Es trat nach der Injektion keine allgemeine Reaktion auf, wohl aber ein lokaler Schmerz an der Injektionsstelle, die sich dann in einen diffusen, hühnereigroßen, länglichen, elastischen Tumor umwandelte. Da im Laufe von zwei Wochen das makulöse Exanthem papulös zu werden begann und die Untersuchung des Urins auf Arsengehalt negativ blieb, bekam Patient abermals Salvarsan, diesmal intravenös (0,4), wonach die spezifischen Erscheinungen zurückgegangen sind, nur die Seroreaktion ein schwach positives Resultat ergab. Nach sechs Monaten zeigte die Wassermannsche

Digitized by Google

Probe vollkommene Hemmung der Hämolyse, worauf Patient 36 Quecksilbereinreibungen durchmachte. Nach weiteren sieben Monaten kam es zu einem spärlichen papulösen Exanthem mit schwach positiver Seroreaktion. Es wurde wieder 0,4 Salvarsan intravenös eingespritzt; das Syphilid schwand nach ein paar Wochen, und die Blutreaktion zeigte eine fast vollkommene Hämolyse.

Der nach der ersten intramuskulären Injektion entstandene Tumor wurde nun chirurgisch entfernt. Ein Teil der entfernten Zyste wurde zur mikroskopischen Untersuchung, der übrige zur Untersuchung auf Arsengehalt bestimmt. Zum Arsennachweis wurde mit dem Marschschen Apparat statt der gewöhnlichen Methode des Arsenspiegels in folgender Weise verfahren: In die äußere Öffnung des Ausflußrohres wurde ein Stück trockener Watte hineingelegt, die vorher mit Sublimatlösung (1:30) getränkt war. Das nun unter dem Einfluß des ausströmenden Arsenwasserstoffes entstehende arsensaure Quecksilber färbt die Watte zunächst kanariengelb, dann dunkelbraun, was auf größere Menge Arsens in der untersuchten Zyste deutete.

Es scheint also, daß nach der ersten intramuskulären Salvarsaninjektion nur sehr wenig Salvarsan zur Resorption gelangte, der übrige Teil blieb eingekapselt.

2. Vakzinotherapie, von Stanislaw Serkowski. (Fortsetzung.) Nach weiterer ausführlicher Besprechung der Frage der Tuberkulinanwendung, übergeht Verfasser zum Kapitel über Vakzinotherapie bei den Pocken.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Folia Urologica.

Juni 1912, Bd. 6, Nr. 10.

1. Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie. Das Vorkommen von submukösen Knoten an der Blasenmündung und an der Pars prostatica urethrae und ihre Beziehungen zur Prostatahypertrophie, von Jul. Tandler und O. Zuckerkandl-Wien. Nach den Untersuchungen der Verfasser gibt es außerordentlich viel verschiedene Formen der Prostatahypertrophie; doch lassen sich stets zwei Haupttypen unterscheiden: eine, bei der die Hypertrophie, die Mündung deformierend, in Lappenform in die Blase prominiert, und eine, bei der die unveränderte Blasenmündung nur gehoben erscheint. Bei der ersten Form ist der Sphinkter gedehnt und um die hypertrophische Partie geschlungen, bei der zweiten umkreist der nicht veränderte Sphinkter die Blasenmündung. In allen Fällen liegt ein Anteil oder die gesamte Prostatahypertrophie unterhalb des Schließmuskels.

Dagegen finden sich manchmal im Bereiche der Blasenmündung oberhalb des Sphinkters gelegene Knoten, die an Form und Größe verschieden, meist von adenomatösem Bau sind. Sie nehmen ihren Ausgang von den Drüsen des Schleimhautgewebes, können dieselben Erscheinungen wie eine Hypertrophie auslösen, unterscheiden sich aber von einer solchen durch ihr Verhalten zum Sphinkter, durch den mangelnden Zusammenhang mit der Prostata und endlich durch ihre differente histologische Natur.

2. Anthropogenetische Erklärung der Wanderniere, von F. Cathelin-Paris. Entwicklungsgeschichtliche Studien mit zahlreichen Abbildungen.

3. Zwei Fälle von Blasenausschabung per vias naturales wegen Verkalkung der Blasenwände, von A. Grandjean. Bericht über zwei Fälle, von denen der eine dadurch besonders interessant war, daß nach Ausschabung der Blasenwände gleichzeitig bestehende tuberkulöse Veränderungen heilten. Verfasser erachtet es für nötig, daß genau wie bei der Kürettage des Uterus die ganze Schleimhaut entfernt wird, und daß im Anschluß an den Eingriff ein Dauerkatheter 4—6 Wochen liegen bleibt, durch den die Blase zweimal täglich ausgespült wird.

Digitized by Google

4. Ureterentransplantation nach Maydl mit der Modifikation nach Berglund-Borelius und Mysch, von Dechanow-Charkow. Von rein chirurgischem Interesse.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Juni 1912, Bd. 7, Nr. 6.

1. Ungewöhnliche Lokalisation des Neisserschen Gonokokkus, von Gaetano Trogu-Cagliari. Ein 17jähr. Mensch mit frischer Blennorrhöe zeigte an der Oberschenkelinnen- bzw. -hinterfläche eine tiefgehende Phlegmone mit hühnereigroßer Abszeßbildung. Im Eiter fanden sich durch Färbung und Kultur sichergestellte Gonokokken. Verf. ist der Meinung, daß die Verbreitung auf den Lymphwegen stattfand.

2. Syphilitische Schanker der Harnröhrenöffnung und Harnröhre nebst einem Fall mit gleichzeitig bestehendem Tripper, von Girard-Toulon. Verfasser hat im ganzen 15 Fälle beobachtet, von denen er acht mitteilt; die einzelnen Krankengeschichten sind besonders wegen der Verwechslung mit Tripper sehr lehrreich.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Das Institut für Lichttherapie in Florenz, geleitet von Celso Pellizari. (Tipografia Barbera, Florenz 1912.) Bericht über die mit den verschiedenen physikalischen Heilmethoden erzielten Resultate. Nach Finsenscher Methode werden außer dem Lupus vulgaris, bei welchem die bekannten Erfolge erzielt werden, noch verschiedene andere Affektionen behandelt. So werden manchmal beim Lupus erythematosus, immer beim Xanthelasma palpebrarum gute Erfolge erzielt, bei den Gefäßmälern sogar bessere als mit Radium. Einige wahre Angiome, ein Fall von Boubas und von altem, jeder Behandlung trotzenden Syphilid wurden ebenfalls geheilt. Auch bei Angiokeratom, Adenoma sebaceum (Pringle) und Lymphangiom, bei ganz alten Ekzem- und Psoriasisherden, sowie in einem Fall von Ulcus rodens nach Lupus erythematosus wurde Heilung erzielt. In vielen Fällen von Lupus erythematosus werden mit der Kromayerschen Lampe bessere Resultate erzielt als mit Finsen. Dieselbe Lampe gab bei beginnender Sklerodermie der Stirn einen guten Erfolg. Zweifellos kann auch in vielen Fällen von Lupus vulgaris die Kromayersche Lampe an Stelle der Finsenschen treten, wodurch die Kosten der Behandlung außerordentlich vermindert werden.

Photochromotherapie wird in Form von Reflektoren angewandt, vor welche Glasbehälter mit Farblösungen gestellt werden. Am meisten wird Rotlicht benutzt und damit besonders bei Pruritus der äußeren Genitalien und zur Verminderung des kongestiven Zustands bei Ekzemen und bei den sog. Milchkrusten der Kinder, die sonst schwer heilen, Erfolge erzielt. Weniger auffallend, aber ebenfalls unbestreitbar, ist die Wirkung des roten Lichts bei seborrhoischer Alopezie.

Die Röntgenbehandlung wird besonders zur Epilation bei parasitären Erkrankungen und bei Kankroiden verwandt. Auch fungöse und ulzerierte Formen heilen leicht und radikal. Bei Lippenkankroid sind aber die Röntgenstrahlen verpönt, während mit Radium gute Erfolge erzielt werden. Auch tiefliegende Tumoren, chronisch entzündete Gelenke, präelefantiastische Zustände und Drüsenschwellungen, sowie alle tuberkulösen Affektionen, die sich auch unter der Haut bis auf den Knochen erstrecken können, werden günstig beeinflußt. Keloide, Sklerodermie, Mal perforant, Rhinosklerom, Lepra und Boubas werden mit wechselndem Erfolge bestrahlt.

Digitized by Google

Auch die Hochfrequenztherapie ist mit einer besonderen Abteilung vertreten. Hier wird teils versucht, mit dem großen Solenoid den Stoffwechsel bei Ekzem- und Psoriasiskranken anzuregen, was in einem Fall von sekundärer Erythrodermie nach Psoriasis, dessen Photographie wiedergegeben ist, glänzend gelang, teils werden mit bipolaren Kondensationselektroden schöne Resultate bei Raynaud erzielt, teils unipolar Hämorrhoiden und Analrhagaden behandelt. Auch bei hartnäckiger Area Celsi, desgleichen bei Pseudoarea Brocq, bei letzterer allerdings nur zur Verhütung eines weiteren Umsichgreifens der Erkrankung, sind gute Erfolge zu verzeichnen.

Mit Thermotherapie (Heißluftdusche) werden subakute, besonders blennorrhoische Gelenkentzündungen, ferner das Erythema indurativum Bazin und manche Formen von Acne rosacea mit chronischer Infiltration der Nase und der Wangen, auch manche Lupus erythematosus-Formen behandelt.

Kohlensäureschnee hat als Indikation ausgedehnte Lupusformen am Körper, für welche eine Finsen-Therapie zu kostspielig würde, ferner ganz oberflächliche Epitheliome und Verrucae. Bei letzteren ist er Methode der Wahl.

Radium wird in ausgedehntem Maße angewandt. Als Indikationen gelten vor allem Angiome, Warzen, Naevi pigmentosi et pilosi, Aknekeloid, Skrofuloderm, Lupus vulgaris und Lupus erythematosus. Mit stark penetrierenden Strahlen wurden auch bei Epulis, Hämatolymphangiom und malignen Tumoren (Lippenkankroide) gute Resultate erreicht.

A. Gunsett-Straßburg.

Anleitung zur sexuellen Aufklärung und Erziehung, von Max Oker-Blom, herausgegeben von Karl Ullmann. (Paul Knepler, Wien.) Es erscheint nach Ansicht des Verfassers durchaus nicht genügend, den Eltern und Erziehern bloß die Darstellung gewisser Tatsachen und Verhältnisse an die Hand zu geben, über welche sie dann ihrerseits nach freiem Ermessen das Kind aufklären können. Es dünkt dem Verfasser geradezu erforderlich, in einer förmlichen Anleitung auch die Form dieser Mitteilungen selbst zu bestimmen und sogar in manchen Punkten direkt eine kurze Abfassung derselben zu liefern, die dann von den entsprechenden Personen unverändert, oder je nach den Erforderungen des Falles modifiziert, wiedergegeben werden kann. In diesem Sinne hat der Verfasser, der in Finnland als einer der ersten auf dem Gebiete der sexuellen Aufklärung bahnbrechend vorgegangen ist und auch in dieser Beziehung als Leiter der Schulhygiene praktische Erfolge aufzuweisen hat, seine Abhandlung verfaßt. Es ist Ullmann in Wien als Verdienst anzurechnen, daß er diese bedeutsame Schrift durch seine Übersetzung auch einem deutschen Leserkreise zugänglich gemacht hat.

A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

e. Labien, Vagina usw.

Die Bedeutung des Fluor albus, von Augustin H. Goelet-New York. (Med. Record, 7. Mai 1910.) Verfasser betont die Notwendigkeit genauester und wiederholter mikroskopischer Untersuchung der Absonderung aus der weiblichen Scheide, besonders auch bei kleinen Mädchen, bei denen noch viel zu wenig an die Möglichkeit indirekter Übertragung der Gonokokken gedacht wird. Selbstverständlich gibt es auch zahlreiche Fälle von wirklichem Fluor albus (ohne Gonokokken), aber auch diese dürfen in ihrer Bedeutung und vor allem wegen der auch damit verbundenen Konsequenzen nicht

Digitized by Google

leicht genommen werden. Verfasser führt unter anderen Ursachen der Leukorrhöe auf: Obstipation, Kongestion der Leber, Darmstörungen, enges Schnüren, Wanderniere, ungewöhnliche sexuelle Erregungen und Exzesse, künstliche Konzeptionsverhinderung u. a. m.

W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Anatomie und Histologie des weiblichen Urethralwulstes, von Otto Sachs-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Histologische Untersuchungen an Material von 37 Fällen, welche den verschiedensten Lebensaltern angehören, vom Neugeborenen an bis zu einem Alter von 76 Jahren. Die Untersuchungen beziehen sich auf die verschiedensten Teile, besonders auf die periurethralen Drüsen. Diese periurethralen Drüsen sind als Homologa der männlichen Prostata gleichzustellen und werden auch als weibliche Prostata bezeichnet. Sie stellen einfache oder geschlängelte Drüsenschläuche, mit einem zweireihigen, niedrigen Zylinderepithel ausgekleidet, die sich manchmal zu einem Rezeptakulum erweitern können, dar, sind im Septum urethrovaginale gelegen und lassen sich mikroskopisch, in einen annähernd elliptisch geformten bindegewebigen Lappen eingebettet, von der Umgebung gut abgrenzen. Am Anfangsteile der Urethra, sowie auch in der Nähe des Orificium urethrae internum finden sich derartige, manchmal blind endigende, einfache oder geschlängelte, tubulöse, manchmal gelappte Drüsenschläuche um die ganze Peripherie der Urethra.

W. Lehmann-Stettin.

Kraurosis vulvae, von C. F. Kirlin-Troy. (New York med. Journ., 20. Jan. 1912.) Verfasser erklärt, Kraurosis vulvae oder progressive Hautatrophie der Vulva sei nicht die seltene Affektion, als welche sie nach den statistischen Zusammenstellungen der Literatur gelten könnte. Bezüglich der Ätiologie des Leidens kann nur das eine vorläufig angenommen werden, daß es nervösen Ursprungs — entweder von den peripheren trophischen Nervenfasern oder ihren Ganglien — ist. Pathologisch-anatomisch nimmt K. mit Reed und Longyean an, daß ein degenerativer Prozeß in dem Unterhautzellgewebe zuerst auftritt, kleine Gefäßherde um den Introitus vaginae sich bilden und Verengerung desselben, verminderte Elastizität und schließlich lederartige Beschaffenheit der Gewebe mit Schrumpfung von Nymphen und Klitoris eintraten. Die Symptome sind je nach dem Falle verschieden: bei fehlendem sexuellen Verkehr ist das Leiden an sich zuweilen nicht schmerzhaft, späterhin tritt Verlust des Gefühls an der ganzen erkrankten Stelle auf, die Elastizität kehrt nie mehr zurück, Jucken ist nur in etwa der Hälfte der Fälle vorhanden. Die Behandlung ist am besten die radikale, d. h. Resektion der ganzen erkrankten Hautpartie, wenn nötig teilweise Durchtrennung des äußeren Perinealmuskels und schließlich Vereinigung der Scheidenschleimhaut mit der gesunden Haut; eine auf diese Weise von K. behandelte Patientin machte glatte Heilung durch und erfreut sich nun völlig schmerzlosen Daseins. Stern-München.

Über die Kraurosis vulvae, von M. Savarè. (Società Tosc. di Ostetric. e Ginec., 1911. Morgagni, 22. Nov. 1911.) Die zwei mitgeteilten Fälle sind von Interesse, weil im ersten Fall zwar wie gewöhnlich der Hautaffektion ein Epitheliom im Anfangsstadium beigesellt war, im andern hingegen die Kraurosis erst drei Jahre nach operativer Entfernung eines Epithelioms der großen Labie in Erscheinung trat, also die Neubildung der Hautaffektion vorausgegangen war. Aus der mikorskopischen Untersuchung seiner Fälle schließt S., daß wahrscheinlich die Kraurosis das Endstadium der Leukoplakie darstellt. Gunsett-Straßburg.

Über das Ulcus vulvae chronicum, von Tschlenow. (Med. Obosrenje, 1912, Nr. 5, S. 438.) Auf Grund von drei Beobachtungen von Ulc. vulvae chr. kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Das Ulc. chronicum vulvae stellt eine charakteristische

Digitized by Google

Erkrankung der Vulva dar, welche vorzüglich bei Prostituierten und besonders oft bei Syphilitischen vorkommt, aber nicht von spezifischem Charakter ist.

2. Es tritt als chronisches Geschwür auf, welches gewöhnlich in der Fossa varicularis und in der Nähe der Urethra sitzt und von elefantiastischen Veränderungen der Vulva begleitet werden kann.

3. In histologischer Beziehung handelt es sich um ein chronisches Geschwür, dessen Grund bald diffus, bald herdförmig infiltriert ist, und welches sich hauptsächlich um die Gefäße lokalisiert, wobei es aber keinen spezifisch luetischen oder tuberkulösen Charakter zeigt.

4. In pathogenetischer Hinsicht muß vor allem aus der allgemeinen Gruppe der elefantiastischen Veränderungen der Vulva die Elefantiasis vulvae abgetrennt werden, welche von jeder anderen Ursache herrühren kann und durchaus nicht immer von einem Ulcus vulvae begleitet zu sein braucht.

5. Ferner müssen aus dieser Gruppe die vorkommenden Fälle von gummöser Affektion der Vulva mit eventueller komplizierender Elefantiasis der letzteren ausgeschieden werden, welche als Syphilis gummosa ulcerosa et Elephantiasis vulvae bezeichnet werden sollten.

6. Desgleichen müssen aus dieser Gruppe die Fälle von primärem tuberkulösem Vulvageschwür mit eventueller Elefantiasis, wie z. B. der Fall Rieck, als Ulc. tuberculosum et Elephantiasis vulvae abgesondert werden, während die Fälle von sekundärer Tuberkulose der Vulva mit dem Ulc. chr. vulvae keine Ähnlichkeit haben. Der Lupus vulvae ist bisher nicht genau beschrieben worden.

7. Bei der Entstehung des Ulc. chr. vulvae mit elefantiastischen Veränderungen spielen eine Disposition und verschiedene ursächliche Momente eine Rolle.

8. Zu derartigen ursächlichen Momenten gehören die geschwürigen Prozesse der Vulva.

9. Zu den disponierenden Ursachen gehören Veränderungen der Blutgefäße und des regionären lymphatischen Apparates, wie sie besonders bei Syphilis, Alkoholismus, Entkräftung des Organismus usw. vorkommen, die einen weniger lebensfähigen Boden schaffen, auf welchem sich dann, unterstützt von Trauma und beständigen Infektionen bei der Prostituierten Veränderungen entwickeln, die zum Ulc. chr. vulvae führen, in Verbindung mit welchen dann später Stauungen im Lymphsystem und elefantiastische Veränderungen der Vulva zustande kommen.

10. Infolge einer solchen Pathogenese und infolge seiner Ähnlichkeit mit dem Ulc. cruris chr. muß dasselbe Ulc. vulvae chr. genannt werden.

11. Die Prognose ist im allgemeinen wenig günstig, wenn auch die in der Umgebung der Urethra vorkommenden Geschwüre verheilen können.

12. Unter den therapeutischen Maßnahmen stehen Ruhe, allgemeine Kräftigung und Reinhaltung des Geschwürs obenan, erst wenn dieses alles nichts hilft, kommen Ätzungen und chirurgische Eingriffe in Frage. Arth. Jordan-Moskau.

Über die diabetische Vulvitis, von Maurice Roger. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 221.) In manchen Fällen ist die Vulvitis das erste Zeichen eines Diabetes, der vorher nicht erkannt war. Die akute Form kann kompliziert sein durch Furunkel, Phlegmonen, Gangrän die chronische Form; grenzt an Lichen- und Pachydermiezustände der Haut. Der günstige Einfluß einer antidiabetischen Kur auf das Leiden spricht für seinen direkten Zusammenhang mit der Zuckerkrankheit. Fritz Loeb-München.

Sonderbare Fremdkörper in der Vagina, von W. J. Robinson-New York. (Med. Record, 16. März 1912.) Bei einem 15jähr. Mädchen fanden sich als Ursache einer

Digitized by Google

eitrigen, stinkenden Absonderung, in der keine Gonokokken nachweisbar waren, Fremdkörper in der Vagina: 2 Wallnüsse, 3 Haselnüsse und 1 Schwämmchen.

W. Lehmann-Stettin.

Eine sagittale Verdoppelung der weiblichen Harnröhre, von Ida Grubenmann-Zürich. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 10, Heft 1.) Ein Mädchen, das schon bei der Geburt anscheinend hermaphroditisch gebildete äußere Genitalien zeigte, litt öfters an erschwerter Miktion und starb schließlich unter urämischen Erscheinungen. Es fanden sich bei der Sektion zwei Harnröhren, die eine an normaler Stelle mündend, die andere an der hypertrophischen Klitoris. Mikroskopisch mangelten der letzteren die Anhangsgebilde, die für das männliche Geschlecht charakteristisch sind. Die entwicklungsgeschichtlichen Erwägungen bringen die Verfasserin zu dem Schlusse, daß es sich bei dieser Verdoppelung der Harnröhre nicht um eine Doppelanlage handle, indem die beiden Harnwege nicht aus einer zweifachen Anlage, sondern von gemeinsamer Anlage durch abnorme Verklebung der Kanalwandungen ausgegangen sind. Die mangelhafte Funktion beider Harnröhren ist ebenfalls leicht zu erklären. Die anormale war an und für sich eng. An ihrem Abgange aus der Blase befand sich ein Divertikel, das sich bei jeder Kontraktion prall füllte und dadurch die darunter gelegene normale Harnröhre komprimierte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der Behandlung des primären Urethrakarzinoms bei der Frau, von H. Jackquard. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Urethralpolypen bei der Frau, von G. S. Dinnematin. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Blennorrhöe und Komplikationen.

Der gegenwärtige Stand der Gonokokkeninfektion, von Reginald M. Rawls-New York. (New York med. Journ., 13. Jan. 1912.) Eindringliche Darstellung der sozialen Gefahr, welche mit der weitverbreiteten Gonokokkeninfektion für das weibliche und männliche Geschlecht verbunden ist. Was die Behandlung betrifft, so hat dieselbe in den letzten Jahren wenig Änderung erfahren, neu eingeführt wurden Milchfermente, Vakzine- und Serumtherapie. Während die Bedeutung der letzteren beiden noch eine vielumstrittene ist, hält R. die Komplementfixationsmethode (für blennorrhoische Antikörper) für ein vorzügliches diagnostisches Mittel, das in jedem zweifelhaften Falle von Blennorrhöe, besonders chronischer Art, sichere Aufklärung geben und für die Weiterverbreitung der blennorrhoischen Infektion eine Kontrolle liefern kann. Bezüglich der Prophylaxe kann R. nicht umhin, wenn auch schweren Herzens zugebend, daß eben außerehelicher Geschlechtsverkehr zuweilen unvermeidlich ist, die Metschnikoffsche Salbe zu empfehlen; neuerdings wurde dieselbe von Mans modifiziert (1 Teil Kalomel: 3 Teile Fett), womit alle drei Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Blennorrhöe und weicher Schanker) verhütet werden könnten und deren Gebrauch in der Armee der Vereinigten Staaten eingeführt worden sei.

Stern-München.

Beobachtungen über das Persistieren der Gonokokken in der Harnröhre des Mannes, von E. L. Keyes, Jr.-New York. (Amer. Journ. med. scien., Jan. 1912.) Nach K.s Erfahrungen ist die Lebensdauer des Gonokokkus in der männlichen Harnröhre durchaus keine unbegrenzte. Er sagt: Ich glaube nicht, daß der Gonokokkus sich in der Urethra eines Mannes länger als drei Jahre erhalten kann und daß bei 90% der Fälle mit oder ohne Behandlung der Mikroorganismus binnen Jahresfrist zugrunde geht. Verfasser stützt diese etwas überraschende Behauptung teils durch seine eigenen Beobachtungen, teils durch den Umstand, daß die gegenteiligen Angaben sich sehr häufig als

Digitized by Google

irrtümlich herausgestellt haben. Er bringt eine tabellarische Zusammenstellung von 86 Fällen, unter denen nur 6 ein Fortbestehen der Gonokokken 1 bis 2 Jahre nach der Infektion aufwiesen, während bei 64 das vollständige Vergehen derselben binnen einem Jahr als sicher gelten kann. Die bakteriologische Untersuchung wurde von einem erfahrenen Beobachter (Elver) sowohl am Ausstrichpräparat wie auch in der Regel kulturell ausgeführt, und bei 36 Patienten wurde auch die Reaktion der Komplementablenkung nach Schwartz angewandt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Hautinfektion bei Blennorrhöeinfektion, von Ernest E. Irons-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 30. März 1912.) Verfasser wendet zur Diagnose in zweifelhaften Fällen eine Impfung nach der Methode von v. Pirquet mit Gonokokkenglyzerinextrakt an. In positiven Fällen erscheint am Ort der Inokulation im Verlauf von 12—24 Stunden ein hyperämischer Hof von 5—10 mm im Durchmesser. Kontrollimpfungen haben ein negatives Resultat ergeben: man sieht entweder nur den Punkt des Nadelstiches oder höchstens einen schmalen roten Hof von 2—3 mm im Durchmesser. Herstellung des Extraktes aus mehreren Gonokokkenstämmen ist vorzuziehen. Fendt-Wiesbaden.

Blennorrhöe in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, von Selda Pruschanskaja. (Inaug.-Dissert., Straßburg 1911.) Der Arbeit liegen 124 Krankengeschichten zugrunde, die sich auf 8580 Geburten der Jahre 1901—1910 der Straßburger Frauenklinik verteilen und in denen die blennorrhoische Natur der Erkrankung durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt war. Wesentliches, was ein eingehenderes Referat nötig machen würde, hat sich dabei nicht ergeben. Fritz Loeb-München.

Blennorrhöe bei Knaben, von A. L. Wolbarst-New York. (Med. Record, 29. Okt. 1910.) Verfasser hat im Laufe der Jahre in 37 Fällen Blennorrhöe bei Knaben im Alter von $1^1/_2$—14 Jahren gesehen und ist der Meinung, daß diese auch bei Knaben nicht so selten ist, wenn auch bei weitem nicht so häufig wie bei kleinen Mädchen. Die Ursache ist durchaus nicht immer eine gelegentliche Infektion auf indirektem Wege, sondern auch frühzeitige geschlechtliche Betätigung oder perverser Mißbrauch der Kinder. Beim Knaben können alle Komplikationen wie beim Erwachsenen vorkommen, doch ist die Prognose im allgemeinen besser, die Behandlung etwa genau so, nur mit schwächeren Lösungen. W. Lehmann-Stettin.

Vakzinediagnostik und -therapie bei blennorrhoischen Affektionen, von Robert Koehler-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Das Arthigon Bruck scheint einen gewissen diagnostischen Wert zu haben, da bei kutanen Impfungen eine ziemlich typische Reaktion aufzutreten pflegt, die in anderen Fällen, in welchen keine Blennorrhöe nachgewiesen werden konnte, negativ ausfällt. Therapeutisch läßt sich weniger Günstiges von dem Mittel sagen, da bisher bei den wenigen Fällen weiblicher Blennorrhöe, die damit behandelt worden sind, ein wesentlicher Erfolg nicht erzielt werden konnte. W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung, von H. Feleky-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1911, Nr. 3.) Der blennorrhoische Prozeß geht per continuitatem durch den Ductus ejaculatorius et deferens auf den Nebenhoden über. Bei seiner Entzündung muß nach Strikturen und chronischer Prostatitis geforscht werden. Verfasser ist ein Gegner der mit Irrigator oder großer Spritze gemachten Blasenspülungen ohne Katheter (Janetsches Verfahren), weil die Infektion der Nebenhoden und der Prostata bei einem solchen Verfahren sehr häufig ist. Er sah sogar darnach mehrere Male Pyelitis auftreten. Die Prognose jeder Epididymitis ist vom Gesichtspunkte der Potentia generandi gleichmäßig ernst. Je größer die Exsudation und die Gewebsveränderung im Ductus deferens ist, um so un-

Digitized by Google

günstiger ist die Prognose. Nach einseitiger Nebenhodenentzündung stellt sich nicht selten Oligospermie oder Azoospermie ein. In solchen Fällen muß eine latent verlaufene Erkrankung und mit folgender Obliteration des Ductus ejaculatorius und Ductus deferens auf der gesunden Seite supponiert werden. Wegen der Gewebsveränderungen kann eine vollständige Restitution nicht eintreten. Die Behandlung besteht in Ruhigstellung des kranken Organs und in der Förderung der Rückbildung der pathologischen Veränderungen. Den ambulanten Patienten wird ein Suspensorium verordnet; je frühzeitiger und je intensiver Wärme angewendet wird, um so rascher und vollkommener bildet sich der Prozeß zurück. Die Kompressen sind nicht nur auf den Hodensack, sondern auch auf die Funikulus auszudehnen. Am zweckmäßigsten ist, wenn man ein kleines Polster mit Brei (Hanfsamenmehl) füllt und darauf den Hodensack und Funikulus legt oder „warme" Bleiweißwasserkompressen (???), ein mit warmem Sand gefülltes Polster oder ein Thermophor oder mit elektrischem Strome gewärmtes flaches Polster anwendet. Wenn der Patient die Wärme nicht verträgt, müssen erwärmende Kompressen angewendet werden. Gegen Schmerzen kann man Phenazetin, Aspirin geben. Lokal kann man Guajakolsalbe auflegen. Im Falle von sehr heftigen Schmerzen muß man Injektionen geben. Manchmal ist von überraschend guter Wirkung, wenn man auf der inguinalen Gegend Blutegel ansetzt oder die Biersche Stauung anwendet. In schweren Fällen nimmt man die Punktion vor. Wenn der akute Charakter aufgehört hat, gibt man Bleiwasser-Gazekompressen, darüber Billrothbattist, dann Watte und das Ganze wird mit dem Suspensorium fixiert. Außerdem kann man folgendes Verfahren anwenden: Warme Sitzbäder (40° C) und Biersches Verfahren. Oder das Rabowsche „Antiphlogistine" wird in Form von Kompressen angewendet. Es wird $^1/_2$ cm dick auf den kranken Teil geschmiert, darüber Watte und das Ganze wird mit einem Verband fixiert. Wenn die Wirkung aufgehört hat, klebt es nicht mehr an der Haut. Das Mittel übertrifft an Bequemlichkeit die sonstigen gebräuchlichen Formen der Kompressen.

Porosz-Budapest.

Über die Punktion der Tunica vaginalis in der Behandlung der blennorrhoischen Epididymo-Vaginalitis, von Odile Thiault. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 235.) Ein mehr oder weniger großer Erguß in die Tunica vaginalis begleitet fast immer die blennorrhoische Epididymitis. Im allgemeinen wenig umfangreich, ist dieser Erguß immer septischer Natur. Seine systematische Entleerung ist von einer beträchtlichen Abnahme des Schmerzes gefolgt und bringt das Leiden manchmal gänzlich zum Verschwinden. Gleichzeitig damit schwinden dann auch das Fieber und die Allgemeinerscheinungen. Dabei ist diese Punktion stets ganz ungefährlich. Mittelschwere und schwere Fälle eignen sich für diese Behandlungsmethode. Die Behandlung mit dem Messer soll für die schweren Fälle mit deutlich oder wahrscheinlich vorhandenem Eiter reserviert bleiben, wenn die allgemeinen Erscheinungen sehr hochgradige sind.

Fritz Loeb-München.

Über die Inzision vereiterter blennorrhoischer Nebenhodenentzündungen, von Silvain Carof. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 177.) Verfasser zeigt, daß Nebenhodeneiterung viel häufiger vorkommt, als man sie im Verlaufe einer Blennorrhöe erwartet. Dauert sie lange oder wird auf einen spontanen Durchbruch und Entleerung des Eiters gewartet, so befindet sich der betreffende Patient in Gefahren, die sich leicht vermeiden lassen, wenn man dem Eiter den Weg bahnt. Deshalb empfiehlt Verfasser aufs wärmste die Entleerung des Eiters durch eine Inzision, welche den oft äußerst heftigen Schmerz beseitigt, das Befinden augenblicklich hebt und wegen ihrer Einfachheit und Gefahrlosigkeit an Stelle der bisherigen konservativen Methode in die tägliche Praxis übergehen soll.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Zur Diagnose der chronischen Blennorrhöe des äußeren Urogenitals beim Weibe, von Dufaux-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Die Diagnose der chron. Blennorrhöe ist beim Weibe vielfach schwieriger als beim Manne; häufig läßt uns auch hier der Gonokokkennachweis im Stich. Jedoch die fortschreitende klinische und bakteriologische Erkenntnis hat uns die Wege und Mittel gezeigt, um beim Weibe die versteckten Schlupfwinkel der Gonokokken aufzudecken. Lieblingssitze der chronischen Blennorrhöe der unteren Harnwege und des äußeren Genitales beim Weibe sind: Urethra bzw. die endourethralen Drüsen und Lakunen, die Bartholinschen Drüsen und die zahlreichen kleinen in der Vulva zerstreuten, namentlich um die Mündung der Urethra und der Bartholinschen Drüsen gelagerten Krypten und Drüschen. Die eigentliche chronische Blennorrhöe tritt als zirkumskripte Infiltration besonders um die Lakunen und Drüsen in Erscheinung. Es kommt in der Folge zu harten Infiltraten, zu Vernarbungen und schließlich Resorptionsvorgängen. Es kommen auch periurethrale Infiltrate und Abszesse vor, allerdings selten, welche nach Urethra, Vakzine und Vulva zu durchbrechen und Fisteln verursachen. Subjektive Symptome können bei der chron. weiblichen Blennorrhöe ganz fehlen. Häufig indessen besteht geringer Harndrang und Brennen beim Urinlassen. Die Sekretion ist im chronischen Stadium sehr spärlich; nach Gonokokken kann man oft lange suchen. Diese Drüsen und Krypten sind häufig der einzige versteckte Sitz der Gonokokken; das ist für die Diagnose sehr wichtig. Es erklärt sich auch aus diesem der Umstand, daß ein Weib, das sonst für gesund gehalten worden ist, blennorrhoisch infizieren kann. Zum Schlusse gibt Verfasser noch einen Expressor zum Ausdrücken der erwähnten Drüsen und Krypten an. Kobligk-Dresden.

Erkennung und Behandlung der blennorrhoischen Harnröhren- und Blasenerkrankung beim Weibe, von Walter T. Dannenreuther-New York. (Med. Record, 4. Febr. 1911.) Verfasser macht mit Recht darauf aufmerksam, daß Fehlen der Symptome, seien sie objektiver oder subjektiver Natur, durchaus nicht gegen das Vorhandensein von Gonokokken spricht. Nur wiederholte genaue mikroskopische Untersuchung des in geeigneter Weise entnommenen Sekretes kann zur genauen Diagnose führen. W. Lehmann-Stettin.

Irrtümer beim Nachweis des Gonokokkus bei Vaginitis der Kinder, von Ira van Gieson-New York. (Med. Record, 11. Juni 1910.) Verfasser macht darauf aufmerksam, daß bei der gewöhnlichen Methode des Auswischens der Vagina und der Untersuchung des so erhaltenen Sekretes es in vielen Fällen vorkommen kann, daß tatsächlich vorhandene Gonokokken nicht nachgewiesen werden. Sie ist darum für eine direkte Entnahme des Sekrets und empfiehlt für diesen Zweck die Tropfpipette.
W. Lehmann-Stettin.

Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Perrin. (Rev. Suisse rom., 1911, Nr. 11.) Als Medikament verwendet Perrin folgende Lösung: Protargol 8 g, Aqu. dest. 8 g, Glyzerin ad 50 g. Zur Behandlung der Urethra wird nach der Miktion diese Lösung im Endoskoptubus eingepinselt oder mit einer Spritze eingespritzt. Der Zervix wird ebenfalls im Endoskop (25—30 Charrière) eingestellt und mit derselben Lösung ausgepinselt. Ist dies geschehen, so führt man durch denselben Endoskoptubus einen mit der Lösung getränkten Tampon an einem Tamponträger in die Vagina ein, womit deren Wände und Falten eingerieben werden. Zuletzt kommt ein mit Protargolglyzerin getränkter Wattebausch zwischen die großen Labien an die Vulva.

Die postblennorrhoische Vulvovaginitis wird mit warmen Spülungen von 4%igem Lysoform behandelt. Gunsett-Straßburg.

Zur Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica der kleinen Mädchen, von Tièche-Zürich. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 5.) Verfasser weist auf die

Digitized by Google

positiven Erfolge mit Arthigon bei blennorrhoischen Komplikationen, die negativen bei akuter Blennorrhöe hin. Er empfiehlt als Argentumpräparat zur lokalen Behandlung das Syrgol. Es wird der Klinik überlassen bleiben, ob die Behandlung mit Silberpräparaten verlassen werden und durch Vakzineinjektionen ersetzt werden soll. Vorläufig würde der Praktiker vielleicht mit kombinierter Behandlung (Lokalbehandlung und Vakzineinjektionen) am weitesten kommen. Kobligk-Dresden.

Erkennung und Behandlung blennorrhoischer Infektion des Uterus und seiner Adnexe, von W. E. Ashton-Philadelphia. (Ther. Gaz., Jan. 1912.) Obwohl Verfasser der Meinung ist, daß in einer Reihe von Fällen die Erkrankung auf den Uterus oder auch nur auf die Zervix beschränkt ist, ist er doch für ein ziemlich direktes Vorgehen: nach vorheriger Dilatation wird ein Kürettement vorgenommen und reine Karbolsäure direkt appliziert. Dagegen ist er bei der Beteiligung der Tuben und Ovarien für ein konservatives Vorgehen und verwirft operativen Eingriff.

W. Lehmann-Stettin.

Die spezifische Behandlung der Blennorrhöe, mit besonderer Berücksichtigung der Zervixblennorrhöe, von A. Schmidt-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Verfasser hat bei einer Reihe von (24) Zervixblennorrhöen und einigen anderen Fällen von Gonokokkeninfektion einesteils das nach Bruckscher Vorschrift hergestellte Arthigon und anderenteils die Reitersche polyvalente Vakzine erprobt. Ersteres Präparat enthält im Kubikzentimeter 20 Millionen, das andere 5 Millionen Gonokokken. Die Injektionen wurden genau nach den von den Verfassern gegebenen Vorschriften ausgeführt, und eine lokale Behandlung wurde nur in einigen speziellen Fällen angewandt, während im allgemeinen nur Bettruhe und zur Ruhigstellung des Uterus Atropin verordnet wurde. Heilung wurde nur dann angenommen, wenn mehrere, mindestens 4 bis 10, Wochen hindurch die tägliche Untersuchung des Zervikalsekretes das Fehlen von Gonokokken ergab. Auf diese Weise wurde bei ungefähr der Hälfte der Zervikalblennorrhöen ein voller Erfolg konstatiert. Abgesehen von einem nicht übermäßigen Fieber von kurzer Dauer und gelegentlichem Kopfschmerz waren unerwünschte Nebenwirkungen nicht zu verzeichnen. Günstige Erfolge waren auch bei 8 Fällen von blennorrhoischer Epididymitis (teils mit Prostatitis kompliziert) und auch bei 2 Fällen von Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen zu konstatieren. Letzteren Erfolg hebt Verfasser besonders hervor, da diese Vakzinebehandlung im allgemeinen nur bei der geschlossenen Form Nutzen erwarten läßt und bei der offenen Urethritis blennorrhoica z. B. sonst stets versagt hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diagnose und Behandlung der blennorrhoischen Zervizitis und Endometritis, von Walter D. Dannenreuther-New York. (Med. Record, 9. Sept. 1911.) Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die heißen Scheidespülungen, die er in akuten Fällen mit Salzlösung, Borsäure- und schwacher Jodlösung vornehmen läßt, die Scheide ausdehnen müssen, um alle Winkel und Falten zu erreichen; während der Spülung muß also der Scheideneingang über dem eingeführten Mutterrohr zugehalten werden. In subakuten Fällen nimmt der Verfasser Dehnungen der Zervix mittels Goelets Uteruselektrode und dem galvanischen Strom vor und spült dann mit heißer Jodlösung oder Arg. nitr. 1—5000 intrauterin. Im Anschluß daran injiziert er Arg. nitr. 1%ig oder eine Mischung von gleichen Teilen Jod und Karbolsäure bzw. führt einen damit getränkten Wattebausch in die Zervix ein, der bis zum anderen Tage liegen bleibt. Angeblich gute Resultate. W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Tripper des Mundes, von Henri Malhorbe. (Gaz. méd. de Nantes, 14. Okt. 1911.) Der Kranke leidet an chronischem Tripper, infiziert seine Geliebte, ein 18jähr. Mädchen. Von dieser erhält er seine Gonokokken in erhöhter Wirkung zurück

Digitized by Google

beim Coitus cunnilingus. Die ganze Mundschleimhaut, Lippen, Wangen, Zahnfleisch, Zunge, Gaumen, Epiglottis gerötet, geschwollen, erodiert. Massenhafte Gonokokken im Eiter. Heilung in der dritten Woche, unter großen Spülungen von Kal. hypomang. 1:4000, und Pinselungen mit 2% igem Acid. chromic. Werther-Dresden.

Die blennorrhoische Meningitis, von Henri Bouquet. (Le monde méd., 5. Dez. 1911.) Kurze Mitteilung folgender Krankengeschichte: Ein 26jähriger junger Mann bekommt nach einer Blennorrhöe eine Zystitis, aszendierende Pyelonephritis und Endocarditis mitralis. Drei Jahre später, als die Herzläsion anfing, gut kompensiert zu werden und die Nephritis ernstlich sich besserte, kam eine Perisplenitis und eine akute Meningitis cerebrospinalis hinzu, welcher der Patient in 24 Stunden erlag. Aus der Zerebrospinalflüssigkeit wurde ein Diplokokkus kultiviert, welcher nichts mit dem Meningokokkus zu tun hatte, wahrscheinlich aber mit dem Gonokokkus nahe verwandt war.

A. Gunsett-Straßburg.

Gonokokkeninfektion der Niere, von F. M. Hagner-Washington. (Med. Record, 1. Okt. 1910.) Bericht über zwei Fälle; Literaturauszug. W. Lehmann-Stettin.

Nephritis blennorrhoica, von E. Lancrenon. (Thèse de Paris, 1910, Nr. 135.)

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis einiger nervöser Begleiterscheinungen der Blennorrhöe (Meningitis cerebrospinalis, Polyneuritis, Myelitis), von E. de Saboulin-Bollenna. (Thèse de Montpellier, 1910, Nr. 90.) Fritz Loeb-München.

Die nervösen Erscheinungen bei der Gonokokkeninfektion und ihre Pathogenese, von L. Martinotti-Bologna. (La Clinica medica italiana, 1911, Nr. 11.) Im Laufe von Gonokokkeninfektionen können Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems auftreten; so wurde berichtet über Psychosen (Delirium, Manio, Ebephrenie), allgemeine Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, choreatische Erscheinungen, tetanusartige Anfälle), lokale Neurosen (Urethrodynie), Gehirnläsionen (Hämorrhagien, Meningitis), Rückenmarksleiden und besonders Meningomyelitis, Neuritiden (besonders in Form von Polyneuritis), Neuralgien (am häufigsten Ischias), Hautläsionen (Keratosis). Die häufigsten darunter sind die Neuralgien und die Neuritiden, dann kommen die Myelitiden.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der zentralen und peripheren Nervensystemalterationen ist wenig bekannt. Bei den zentralen Affektionen handelt es sich meistens um Erweichungsherde, begleitet oder nicht von Meningitis, Embolie; bei den spinalen Erscheinungen handelt es sich meistens um Meningomyelitis, bei den Neuritiden um degenerative Prozesse.

Was die Pathogenese der Psychosen und Neurosen anbelangt, so kann nur der Gonokokkus selbst pathogen wirken, in der Mehrzahl der Fälle scheint jedoch das Geschlechtsleiden nur als Gelegenheitsursache bei prädisponierten Patienten eine Rolle zu spielen.

Um die zerebralen, spinalen und neuritischen Erscheinungen zu erklären, wurden mehrere Theorien aufgestellt; sie wurden als Reflexerscheinungen gedeutet, ausgelöst durch die erkrankten Geschlechtsorgane (Stanley), oder durch die Gelenke (Charcot), welche oft befallen sind; man hat eine Erklärung in einer sekundären Infektion gesucht, und für eine solche Annahme spricht der in einigen Fällen berichtete Befund von Staphylokokken, B. pyoeganeus, B. coli. Da in anderen Fällen der Gonokokkus angetroffen wurde, hat man auch an eine spezifische Läsion gedacht. Die große Mehrzahl der Verfasser nimmt jedoch, und zwar mit Recht, eine spezifische Intoxikation als kausales Moment an.

Bezüglich der angio- und trophoneurotischen Läsionen der Haut steht noch die Frage offen, ob sie auf eine direkte toxische Wirkung zurückzuführen sind oder das

Digitized by Google

Nervensystem eine Rolle spielt; wahrscheinlich wirken diese beiden Momente nebeneinander.

Therapeutisch sind besonders die zuerst aufgetretenen resp. primären Läsionen und die ersten Komplizierungen ins Auge zu fassen. Die Vakzinetherapie scheint auch Gutes zu leisten. K. Rühl-Turin.

Fälle von Gonokokkenseptikopyämie nach Prostitis blennorrhoica, von E. Wiener-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 7.) Verfasser berichtet über zwei Fälle. Eine Frau, die drei Tage mit ihrem Manne gelebt hat, hatte rektale Stenose mit Ulkus, Nephritis und starb mit Urämiesymptomen $1^1/_2$ Jahre später. Der zweite Fall betraf eine Publika, bei der aus dem Mastdarmulkus eine Fistel hinausgeführt und Bartholinitis hervorgerufen hat. Thrombose war in Leber, Lunge, Vena cava. Beide starben unter Fiebersymptomen. In den Thromben waren Gonokokken. Porosz-Budapest.

Motorische Insuffizienz des Magens auf der Basis von Perigastritiden blennorrhoischer Provenienz, von J. J. Grekow. (Centralbl. f. Chir., 1912, Nr. 4.) Obwohl Gr. keine bakteriologischen Beweise anführen kann, stellt er doch auf Grund unzweifelhafter klinischer Tatsachen und seiner persönlichen Erfahrung eine besondere Gruppe von Perigastritiden auf, welche die Folge einer blennorrhoischen oder einer anderen Infektion von seiten der Genitalsphäre sind und ihrerseits Impermeabilität des Pylorus mit nachfolgender Erweiterung des Magens hervorrufen. Folgende Merkmale sind die Charakteristika dieser Peritonitiden: klinisch feststellbare, stark ausgesprochene motorische Insuffizienz des Magens mit Hypertrophie des Pylorus bei Vorhandensein von umfangreichen, flachen, ziemlich zarten und lockeren Verwachsungen in der Gegend des Pylorus, des Ligamentum hepato-duodenale und der Gallenblase und bei Fehlen irgend welcher Hinweise in der Anamnese (oder bei Gelegenheit operativer Untersuchung) auf ein rundes Geschwür des Magens oder des Duodenums oder auf Gallensteine bei Personen mit stark ausgesprochener, wenn auch in Stillstand begriffener blennorrhoischer Erkrankung, die sich auf die Tuben und das Beckenperitoneum erstreckt (Anamnese, gynäkologische Untersuchung). Fehlen von entzündlichen Veränderungen in anderen Organen, besonders im Processus vermiformis und in der Plexura coli dextra, dagegen Vorhandensein von Hinweisen auf eine frühere diffuse Peritonitis in anderen Abschnitten der Bauchhöhle, insbesondere Verwachsungen der Adnexe, bekräftigen die Annahme des blennorrhoischen Ursprungs der Erkrankung. A. Gunsett-Straßburg.

Die Vakzinebehandlung der blennorrhoischen Prostatitis und Arthritis, von J. Sellei-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 29.) Verfasser erreichte mit der Vakzinebehandlung in Fällen von Blennorrhöe der Harnröhre keine guten Resultate; auch bei Epididymitis verkürzte die Behandlung den Krankheitsverlauf nicht. In 1—2 Fällen erreichte er nur eine bessere Restitution und nach Verlauf der Entzündung konnten keine Knoten herausgefühlt werden. Verfasser massiert die Prostata nach vorangehender energischer Ausspülung der Harnröhre und der Blase und unterzog das aufgefangene Prostatasekret einer Autolyse. Beim Einspritzen des Autolysats entstehen im Serum Prostatazytotoxine, die auf die Prostata wirken und sie zu verkleinern imstande sind. Wenn man zum Prostatatoxin Gonokokkenvakzine gibt, bildet sich die blennorrhoische Prostatitis rascher zurück. In vielen Fällen ist es gar nicht notwendig, daß man zum Autolysat des Prostatasekrets noch Gonokokkenvakzine gibt, weil die im Prostatasekret selbst befindlichen Bakterien und so auch die Gonokokken als Vakzine zur Geltung kommen. In vier Fällen wendete Verfasser nur Gonokokkenvakzine an; das Resultat war ebenfalls befriedigend. Nach der Injektion steigt die Temperatur ein wenig, die Kranken klagen über Mattigkeitsgefühl, seltener über Kopfschmerzen, die Injektionsstelle ist rot. Bei blennorrhoischen Gelenksentzündungen brachte S. Gonokokkenvakzine

Digitized by Google

gleichfalls in Anwendung. Die Vakzine stellte er aus dem Harnröhrensekret her. Außer Gonokokken werden im Harnröhrensekret auch andere Bakterien gefunden, deshalb war es eine gemischte Vakzine. Früher behandelte Verfasser einige Fälle mit Gonotoxin, richtiger mit Gonokokkenendotoxin, aber mit nicht befriedigendem Resultate, und deshalb ging er zur Vakzinebehandlung über, deren Herstellung und Behandlung die folgende war: Die Bakterien des Harnröhrensekrets züchtete er auf Aszitesagar; von 36stündigen Kulturen emulgierte er 3 Epruvetten Agar in 20 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Demzufolge kamen 30 Ösen, das heißt 60 Milligramm Bakterien in 20 ccm Kochsalzlösung. Die Emulsion schüttelte Verfasser eine Stunde lang, legte sie auf 24 Stunden in Thermolysat und karbolisierte sie nach Autolysieren am nächsten Tage bis $^1/_2$ %. Die Injektionen begann er zumeist mit 0,10 ccm, d. h. 0,3 mg Bakterienmenge und geht allmählich jeden 3.—4. Tag höher. 4—6 Stunden nach der Injektion tritt Temperaturerhöhung auf, die aber nur ausnahmsweise 38° übersteigt. Solange die Schmerzen dauern, darf man keine neuere Injektion geben. Im kranken Gelenke steigert sich der Schmerz, der aber nach 2—3 Tagen aufhört. Auch klinische Symptome können den Weg weisen, aber in der Mehrheit der Fälle kann man auch ohne Bestimmung des Optoninindex zum Ziele gelangen. Wenn sich aber nach 2—3 Injektionen der Zustand des Kranken verschlimmert, ist es am zweckmäßigsten, das ganze Verfahren einzustellen. In solchen Fällen war die Dosierung nicht richtig, und auch ohne Feststellung des Optoninindex kann man bei Arthritis Besserung erreichen. Die Anwendung der Kollibazillenvakzine kann eine sehr starke örtliche Entzündung und allgemeine Symptome hervorrufen. Die Vakzine selbst genügt in der Mehrheit der Fälle nicht, um eine vollkommene Heilung zu erlangen, z. B. in Pyelitisfällen (s. auch Med. Klinik, 1911, Nr. 36).

Porosz-Budapest.

Behandlung der blennorrhoischen Arthritis, von Felix Ramond. (Bull. méd., 1911, S. 965.) R. hat fünf Fälle von blennorrhoischer Gonarthritis behandelt, indem er einige Kubikzentimeter des Gelenkergusses aspirierte und unter die Haut des Knies injizierte. Heilung in 8—10 Tagen ohne Ankylose. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Vakzinebehandlung der blennorrhoischen Arthritis, von Stockman-Glasgow. (Brit. med. Journ., 2. Dez. 1911.) Nach seinen an 9 (7 Männer, 2 Frauen) mit typischen Gelenkaffektionen behafteten Kranken ausgeführten Versuchen mit der Injektion von abgetöteten Gonokokken kommt Verfasser zu dem Schluß, daß man dem Verfahren nicht eine therapeutische Wirkung zuschreiben kann. Er zieht vielmehr seine schon ausgiebig erprobte Behandlungsmethode vor, wobei er reichliche Dosen von Kopaiva innerlich gibt und das affizierte Gelenk mit einem Verbande mit Kopaivaöl (1 : 3) bedeckt; in die Urethra werden Bougies mit Höllenstein (2—3%) eingelegt. Bei Frauen wird die Scheide zweimal täglich mit Sublimatlösung (1 : 1000 oder 2000) oder Calx chlorinata (1 : 100) oder mit Permanganatlösung geduscht, worauf noch mit Wasserstoffsuperoxyd oder Höllensteinlösung nachgespült wird. Wenn die Schmerzhaftigkeit an den affizierten Gelenken nicht gar zu erheblich ist, werden diese einige Male im Tage gelinde bewegt. Die Krankengeschichten der 9 mit Vakzine behandelten Fälle sind in ihren Hauptpunkten nebst Fieberkurven mitgeteilt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Massotherapie der blennorrhoischen Arthritis im akuten Stadium, von Albert Fège. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Gonokokkenarthritis, von J. Bain-South Shields. (Brit. med. Journ., 30. Dez. 1911.) Verfasser ist kein Anhänger der Vakzinebehandlung, sondern er hat gefunden, daß durch eine energische Bekämpfung der Urethritis gleichzeitig und ohne spezielle weitere Mittel die Arthritiden auch geheilt werden. In der Regel konnte er, wie an 2 einschlägigen Fällen dargelegt wird, in 3—5 Sitzungen durch

Digitized by Google

kräftige Spülungen der Urethra und Blase mit einer Höllensteinlösung (1 : 1000) Heilung erzielen. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen wird folgendermaßen verfahren: eine warme Kokainlösung (0,06 : 4,0) wird in die Harnröhre eingebracht und bei zugedrücktem Meatus externus durch massierende Streichungen bis in die Blase hineingetrieben. Alsdann wird (mit einer Higginsonschen Spritze) die Blase mit der Höllensteinlösung angefüllt, worauf man den Patienten urinieren läßt. Dies wird einen Tag um den anderen wiederholt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung der blennorrhoischen Arthritis durch Punktion und Spülung mit heißem Wasser, von F. A. A. Gentilhe. (Thèse de Bordeaux, 1910.) Fritz Loeb-München.

Behandlung von blennorrhoischer Arthritis, von W. W. Powell-London. (Brit. med. Journ., 13. Jan. 1912.) Verfasser bestätigt die Bemerkung von Bain (Brit. med. Journ., 30. Dez. 1911), daß viele Fälle der auf Gonokokkeninfektion beruhenden Arthritis durch zweckmäßige Behandlung der Urethralaffektion mit dieser zugleich ausheilen. Die dort empfohlene Lösung von Höllenstein (1 : 1000) sei aber für die meisten Patienten zu stark; man fange lieber mit einer Lösung von 1 : 5000, eventuell sogar mit einer noch schwächeren an. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die modernen Behandlungsmethoden des Tripperrheumatismus, von J. Chauvet. (Oeuvre médico-chirurgic., März 1912.) Der Verfasser gibt folgende Indikationen an, denen man bei der Therapie des Tripperrheumatismus genügen soll: 1. Arthralgie: alle lokalen und allgemeinen analgetischen Mittel sollen beiseite gelassen werden. Zur Verwendung kommen nur aktive Hyperämie (heiße Luft und Bäder) und radioaktiver Schlamm, ferner Antimeningokokkenserum. 2. Hydarthrose und Arthritis acuta oder subacuta, mono- oder polyartikulär: das Gelenk darf nur wenige Tage immobilisiert werden. Bei zu starkem Exsudat wird punktiert, bei alten und hartnäckigen Fällen wird Radiumsulfat ins Gelenk injiziert (20—70 Mikrogramm). Ist das Exsudat nicht übermäßig groß, so genügt Antimeningokokkenserum und Heißluftbehandlung. Ist ein Aufhören der Schmerzhaftigkeit erzielt, so geht man möglichst bald zur Mobilisierung und zu leichter Massage über. Die Arthrotomie ist absolut zu verwerfen. 3. Eitrige Formen: hier soll immer zur Arthrotomie geschritten werden. 4. Chronische Formen des Tripperrheumatismus: hier müssen, außer der Arthrotomie, alle vorher beschriebenen Behandlungsmethoden versucht werden. Was speziell das Antimeningokokkenserum anbelangt, so gingen seine Erfinder Pissavy und Chauvet von der Tatsache aus, daß die Gono- und Meningokokken bei aller Verschiedenheit doch morphologisch, biologisch und tinktoriell Analogien aufweisen und daß deshalb eine Behandlung blennorrhoischer Affektionen mit Antimeningokokkenserum wohl statthaft ist. Sie injizierten teils das Flexnersche, teils das vom Institut Pasteur gelieferte Dopptersche Serum intramuskulär und zwar in einer Dosis von 30 ccm möglichst sofort bei Beginn der Erkrankung. Alle zwei Tage wird die gleiche Dosis injiziert. Nach der 3. oder 4. Injektion tritt in der Regel Heilung ein. A. Gunsett-Straßburg.

Über einige neue Behandlungsmethoden des Tripperrheumatismus, von Ludovic Bénasson. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 476.) Bericht über günstige Erfolge bei Anwendung folgender Verfahren: Anwendung radioaktiven Schlammes, subkutane Einspritzung von Antimeningokokkenserum, Fibrolysininjektionen, besonders in Kombination mit Massage, Anwendung der Organotherapie mit Schilddrüsensubstanz und in einem Fall glänzende Wirkung der Autoserotherapie. Fritz Loeb-München.

Behandlung der Gelenkkomplikationen des Trippers mit heißer Luft, von Valentine Rombach. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 172.) Die Verfasserin ist in

Digitized by Google

der Lage, über ausgezeichnete Erfolge der Heißluftanwendung bei Tripperrheumatismus zu berichten. Kombiniert mit Mobilisation, Massage und (wenn Muskelatrophie vorhanden ist) Elektrizität, ist dieses Verfahren das Verfahren der Wahl. Kontraindikationen bilden nur Eiteranwesenheit und höhere Temperatur. Der Erfolg äußert sich in einem raschen Schwinden der Schmerzen, Ausbleiben von Versteifungen, Aufsaugung der Gelenkergüsse, Schwinden der entzündlichen Erscheinungen und Wiederkehr normaler Beweglichkeit des betreffenden Gelenkes. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von blennorrhoischer Talalgie mit Radiotherapie behandelt, von Julián Ratera. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 20.) Der Artikel ist auch anderweitig erschienen und bereits hier referiert. A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica mit strömendem Wasserdampf, von W. Goldzieher-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 1.) Vor 30 Jahren kam Verfasser zur Überzeugung, daß wenigstens ein Viertel der Insassen der Blindenanstalt an Blennorrhoea neonatorum erblindet ist. In Ungarn ist Blennorrhoe ablennorrhoica der Augen bei Erwachsenen sehr häufig. Es gab Jahre, in denen G. im St. Rochusspital 70 solcher Patienten aufgenommen hat. Die Ursache davon liegt nicht nur in der Unreinlichkeit der unteren Volksschichten, sondern hauptsächlich in dem Volksglauben, daß das Waschen der Augen mit dem eigenen Urin alle Reize der Augen heile. Es kommt oft vor, daß der Harn Gonokokken enthält. Gonokokken ertragen keine höhere Temperatur als 45° C. Schon diese Temperatur tötet sie. Da sie nur zwischen dem Epithel der Bindehaut und auf ihrer Oberfläche hausen und nicht oft in die Tiefe dringen, ist man imstande, durch Einwirkung einer Temperatur von 45° die Gonokokken zu vernichten. Am geeignetsten ist der strömende Dampf, weil die trockene Wärme durch das Austrocknen der Bindehaut eventuell Neurosen hervorrufen kann. Verfasser konstruierte zu diesem Zwecke einen Apparat, und es ist ihm gelungen, auf diese Weise eine lange Reihe von Kranken zu heilen. Diese Behandlungsmethode hält er auch vom Gesichtspunkte der Praxis für sicherer als die bisherige klassische Behandlung mit Lapislösungen. Die Bindehaut verträgt nicht nur nasse Temperaturen von 45° C, sondern auch viel höhere. In keinem Falle traten schädliche Folgen auf. Porosz-Budapest.

Über eine neue Behandlungsmethode der akuten Konjunktivalblennorrhöe, von W. Goldzieher-Budapest. (Wien. klin. Wochenschr., 23. Nov. 1911, Nr. 47.) Verfasser, der im Laufe von 10 Jahren eine sehr große Zahl von Fällen mit größter Sorgfalt nach der üblichen klassischen Lapismethode behandelt hat, ohne daß die Verluste seltener geworden wären, hat jetzt an 15 Fällen schwerster Blennorrhöe der Bindehaut eine neue Behandlung mit strömendem Dampfe erprobt. Nachdem der Konjunktivalsack gut ausgespült und die Konjunktiva abgetrocknet ist, werden die umgestülpten Lider dem strömenden Dampfe ausgesetzt. Verfasser gibt einen kleinen Apparat zur Erzeugung dieses Dampfes an und eine Reihe von Temperaturmessungen, die er vorgenommen hat. Er ist überzeugt, daß ein über 45° C erhitzter Wasserdampf die Temperatur, die zur Vernichtung der Gonokokken ausreicht, in die tieferen Schichten der Schleimhaut trägt. Jedenfalls sind seine Erfolge bisher derartig, daß er diese Methode der Lapismethode weit vorzieht. W. Lehmann-Stettin.

Intrauterine Ophthalmia neonatorum, von W. A. Newman Dorland-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 57, Nr. 16.) Eine 24jährige Frau kam in das Krankenhaus mit den ersten Wehen, nachdem angeblich vor 7 Tagen die Blase gesprungen war. Das ohne Kunsthilfe geborene Kind zeigte blennorrhoische Ophthalmie, die schon so weit vorgeschritten war, daß trotz sofortiger Behandlung das eine Auge zerstört war, während das andere starke Hornhauttrübungen behielt. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das methodische Kratzen, eine neue Untersuchungsmethode bei Dermatosen, von L. Brocq. (Paris méd.) Diese Untersuchungsmethode entfernt langsam Schicht für Schicht des Gewebes und gibt Aufschluß über dessen histologischen Aufbau. Man überzeugt sich zuerst durch Glasdruck, ob irgend eine Veränderung bereits vorhanden ist und fährt dann mit der Vidalschen Kürette zart über die Läsion, um so die einzelnen Schichten abzuheben und die hierbei auftretenden Veränderungen zu beobachten. Man überzeugt sich hierbei von der Dicke, der Feuchtigkeit, der Kohärenz usw. der Schuppen; kommt man auf die Kutis, so untersucht man durch ein unter das Kompressorium gelegtes Zigarettenpapier den Feuchtigkeitsgrad. Handelt es sich um tiefliegende Bläschen, tut sich dies durch einzelnstehende Flecken auf dem Papiere kund. Bei weiterem Kratzen lädiert man die Gefäße der Kutis und es wird zur Purpura oder zur Hämorrhagie kommen. Diese beiden kann man ebenfalls durch das Zigarettenpapier unterscheiden. Kommt es bald zur Purpura, so ist entweder die Epidermis verdünnt oder die Kutis alteriert und weniger resistent. In ersterem Falle wird es früher, in letzterem Falle später zur Hämorrhagie kommen. Tritt die Purpura später auf als normal, so ist entweder die Epidermis verdickt oder die Kutis sklerotisch.

Richard Frühwald-Leipzig.

„Der gute Hirte", von H. Dauchez. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 3.) Verfasser schildert den segensreichen Einfluß, den die unter obigem Namen gehenden Bestrebungen zur moralischen Rehabilitierung Gefallener haben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Gefahren therapeutischer Eingriffe durch Nicht-Mediziner, von Cruet. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 1.) Verfasser bespricht kurz die Syphilis der Mundhöhle und rügt den Unfug, daß durch Zahntechniker syphilitische Erscheinungen des Mundes behandelt würden, da hierdurch die Ansteckungs- und Verbreitungsgefahr sehr groß sei. Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster i. W. — Außer den in Nr. 24 angeführten sind noch folgende Vorträge angemeldet worden: Kretzmer (Dortmund) Demonstrationen; Meirowsky (Köln), Meyer (Kiel), Schiff (Wien), Thema vorbehalten; Müller (Metz) Wassermannsche Reaktion und Prostitution; O. v. Petersen (St. Petersburg), Orientbeule in Turkestan; Chromophotographie von Leprakranken; Stern (Düsseldorf), Stühmer (Magdeburg), Neosalvarsan; Strauss (Barmen), Chemotherapie des Lupus.

Der **VI. internationale Kongreß für Elektrologie und Radiologie** zu Prag ist auf den 3.—8. Oktober verschoben worden.

Der **V. italienische pellagrologische Kongreß** findet vom 8.—10. September in Bergamo statt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. August 1912 | Nr. 33 | Band 55

Aus der dermatologischen Klinik der Universität zu Parma (Vorstand: Prof. M. Pelagatti).

Lupus miliaris disseminatus faciei auf dem Lymphwege entstanden.

Von

Dr. G. B. Dalla Favera,

ehemal. Assistenten der Klinik, jetzt in Bologna.

Im folgenden möchte ich über einen Fall von Lupus miliaris diss. faciei berichten, welcher wegen der Pathogenese und der ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen ein besonderes Interesse darbietet.

T. C., 56 Jahre alt, Haushälterin, aus Parma. Anamnese: Die Eltern der Patientin sind in hohem Alter gestorben, an Krankheiten, die jetzt nicht mehr zu eruieren sind. Von 13 Geschwistern der Patientin sind 10 gestorben, darunter eine Schwester mit 14 Jahren an Lungen- und ein Bruder mit 33 Jahren an Knochentuberkulose. Patientin hat die exanthematischen Kinderkrankheiten durchgemacht, war sonst nie ernstlich krank. Sie heiratete mit 21 Jahren und hatte ein einziges Kind, das in frühem Alter an Enteritis starb.

Das jetzige Leiden begann im Februar 1909 gelegentlich einer kleinen Verletzung, welche Patientin sich mit dem bohrenden Finger an dem rechten Nasenloch zuzog. Auf der verletzten Stelle bildete sich eine kleine Kruste, die im Laufe der Zeit abfiel, aber sich immer wieder bildete und an Größe zunahm. Im März 1910 wurde Pat. in die hiesige Hautklinik aufgenommen. Es fanden sich schon damals in dem Winkel zwischen Septum und rechtem Nasenflügel, nach Entfernung der Kruste, graurötliche, leicht sezernierende Granulationswucherungen, die den Verdacht auf Lupus der Nasenschleimhaut aufkommen ließen. Die Behandlung bestand in dem Kürettement der affizierten Schleimhaut und in dem Auflegen einer 10%igen Pyrogallolsalbe. An der Gesichtshaut war damals keine Veränderung nachzuweisen. Pat. verließ die Klinik in gebessertem Zustande; einige Tage später kam sie jedoch wegen Erysipelas faciei wieder zur Aufnahme ins Krankenhaus.

Die Erkrankung war über das ganze Gesicht ausgebreitet und von sehr hohem Fieber (41°) begleitet. Nach 32 Tagen konnte Pat. geheilt entlassen werden. Nach Hause zurückgekommen, hatte sie zwei weitere Erysipelanfälle, die aber fieberfrei verliefen und bloß von leichtem Unwohlsein, Rötung und Schwellung der Wangenhaut gekennzeichnet waren. Die Schwellung hat nach Angabe der Pat. längere Zeit nach Heilung des Erysipels angehalten.

Am 4. Dezember 1910 trat Pat. wegen Verschlimmerung ihres Leidens wieder in unsere Klinik ein. Wir lassen den damals erhobenen Status folgen:

Individuum von kleinem Wuchs und grazilem Knochenbau, in schlechtem Ernährungszustand.

Digitized by Google

Die zweite Nasenhälfte ist geschwollen und ziemlich hart beim Betasten. Der rechte Nasenflügel ist nach außen verschoben, so daß die entsprechende Nasenöffnung merklich weiter ist als die linke. Bei Besichtigung der Nasenschleimhaut sieht man auf der Innenfläche des rechten Flügels und auf dem Septum, teilweise auch auf den Nasenbodeneingang übergreifend, graurote, vegetierende Massen mit höckerichter, feucht glänzender Oberfläche. Wegsamkeit des rechten Nasenganges erhalten. Schleimhaut der linken Nasenhälfte, der Mund- und Rachenhöhle unverändert.

Auf der Oberlippe, gleich unter der rechten Nasenöffnung sieht man einen braunroten, unscharf konturierten, linsengroßen Fleck; beim Glasdruck tritt ein gelblicher, glasig durchscheinender Herd deutlich hervor.

Neu aufgetreten und am meisten uns interessierend sind die Veränderungen der Gesichtshaut. An der Nase, den Wangen, den Schläfen, den Augenlidern, dem Kinn und der Stirn sieht man eine Eruption von zahlreichen, im Durchschnitt stecknadelkopfgroßen Effloreszenzen von braunroter Farbe, die im Niveau der Haut gelegen oder über demselben nur wenig erhaben sind. Die Zahl der Herde ist etwa 50. Die Herde sind regellos zerstreut, voneinander gut abgetrennt, nie konfluierend; zum Teil sind sie, besonders an der Nase und am Kinn, an die (etwas erweiterten) Follikel gebunden. Die meisten Herde zeigen eine glatte Oberfläche: nur einige wenige tragen ein ganz kleines Schüppchen. Kein Zeichen von Ulzeration, keine Narbe. Die Konsistenz ist weich, die Knopfsonde tritt leicht ein. Beim Glasdruck tritt in den meisten (nicht in allen!) Effloreszenzen ein punktförmiger, gelblicher Fokus zutage. Mittels scharfen Löffels lassen sich die Krankheitsherde mit Leichtigkeit exkochleieren, wobei ein stark blutendes Grübchen zustande kommt. Ohren und behaarte Kopfhaut sind frei.

Die Haut der Wangen ist — im Gegensatz zu der früheren blassen Farbe — diffus gerötet und weist eine Anzahl von oberflächlichen Gefäßerweiterungen auf. Nach Angabe der Pat. hat sich die Rötung der Gesichtshaut erst seit den vor einigen Monaten durchgemachten Erysipelen eingestellt. Wegen der diffusen Rötung sind die oben beschriebenen miliaren Herde vielfach undeutlich und nur bei genauer Untersuchung sichtbar. Deswegen wurde auch von einer photographischen Aufnahme Abstand genommen.

Bei der physikalischen Untersuchung der Lungen findet man auf der rechten Spitze leichte Dämpfung, feinblasiges Rasseln, verlängertes Exspirium; in der übrigen Lunge leichtes Emphysem. Geringer Husten, kein Auswurf.

Wassermann negativ. Blut und Urin o. B.

Zu diagnostischem Zwecke machten wir am 6. XII. 1910 der Kranken eine Injektion von 0,5 mg Tuberculinum vetus. Die Allgemeinreaktion war schwach (38,1°), dagegen die Lokalreaktion der Krankheitsherde im Gesicht sehr ausgesprochen (Schwellung der rechten Nasenhälfte und der Wangen, Hervortreten der miliaren Herde daselbst). Eine zweite, einige Tage später ausgeführte Tuberkulininjektion hatte sowohl starke Allgemein- (39,4°, Erbrechen, Abgeschlagenheit) wie Lokalreaktion zur Folge.

Die von uns eingeschlagene Behandlung bestand im Auskratzen der matschen Wucherungen der Nasenschleimhaut; nachträgliche Ätzung der Wundfläche mit der „grünen Salbe" Unnas. Die miliaren Herde der Gesichtshaut wurden zum größten Teil mit dem Galvanokauter eingestochen; einige wurden exkochleiert und zu den weiter unten zu besprechenden bakteriologischen Untersuchungen benutzt. Zwecks histologischer Untersuchung wurde aus der linken Jochbeingegend ein Knötchen samt der umgebenden gesunden Haut exzidiert.

Am 21. XII. 1910 verließ Pat. die Klinik. Pat. stellte sich nachher ab und zu in der Poliklinik vor. Vom weiteren Verlauf sei folgendes erwähnt:

Digitized by Google

20. II. 1911. Es ist eine Anzahl von miliaren Effloreszenzen an den Wangen (insbesondere an der linken), der Stirne und der Nase neu aufgetreten. An der Nasenschleimhaut zeigen sich neuerdings vorspringende Granulationen. Nochmalige Auskratzung des Nasenlupus, darüber 3%ige Resorzinsalbe. Galvanokauterisation der miliaren Herde.

10. IV. 1911. Neben einigen (neu aufgeschossenen?) isolierten Herdchen der Wangen und der Augenlider findet man kleine Lupusfleckchen, die um die Exkochleationsnarben herum entstanden sind. Pat. weigert sich weiter kauterisiert zu werden, da die Affektion weder subjektive Beschwerden noch Verunstaltung verursacht. Nasenlupus etwas gebessert.

8. IX. 1911. Alle Knötchen der Gesichtshaut sind bis auf zwei verschwunden, die sich in der Nähe einer Narbe finden. Affektion der Nasenschleimhaut unverändert. Allgemeinbefinden gut.

20. XII. 1911. Es finden sich nur noch die zwei letzterwähnten Herde, die von leicht schuppender Epidermis bedeckt sind: sonst kein Lupusfleck. An der Stelle der mit dem Galvanokauter punktierten Knötchen finden sich kaum erkennbare, eingezogene Närbchen; das kosmetische Resultat ist recht befriedigend. Die mit dem scharfen Löffel behandelten Stellen zeigen weißliche Fleckchen mit eingesprengten hellgelben Punkten (Kolloiddegeneration des Korium).

An der affizierten Nasenschleimhaut findet sich ein unregelmäßiges, torpides Ulkus mit graurötlichem, höckerigem Grund.

Histologisches. Das aus der linken Jochbeingegend exzidierte Stück wurde in steigendem Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und teilweise in Serienschnitte zerlegt. Übliche Färbungen zur Darstellung der Kerne, des Bindegewebes und des Elastins. Am Mikroskop ergab sich folgender Befund: Epidermis etwas verdünnt, sonst normal. Das klinisch nachweisbare Knötchen tritt als eine rundliche Zellablagerung hervor, die in den oberflächlichen Koriumschichten, mit ihrem oberen Pol fast an die Epidermis heranreichend, gelegen ist. Die zentralen Teile des Infiltrates zeigen eine deutliche Nekrose; es läßt sich hier kein Kern mehr färben, es finden sich lediglich fädig-körnige Massen, die die sauren Farbstoffe diffus annehmen, dazu auch vereinzelte mehrkernige Leukozyten. An den seitlichen Partien des nekrotischen Bezirkes gruppieren sich kranzartig mehrere gut ausgebildete miliare Tuberkel, die aus epithelioiden und lymphoiden Zellen bestehen; auch Langhanssche Riesenzellen lassen sich vereinzelt nachweisen. Das tuberkulöse Infiltrat ist gegen die Peripherie hin nicht ganz scharf abgesetzt, es dringen vielfach Zellenzüge zwischen die kollagenen Bündel der Umgebung. Das elastische Gewebe ist im Bereich der Veränderungen vollkommen zugrunde gegangen; bindegewebige Fasern und Kapillargefäße sind nur noch in den peripherischen Teilen vorhanden. Im Granulom findet sich, etwas exzentrisch gelagert, ein noch gut erhaltener Haarfollikel.

Außer diesem oberflächlichen Herde fand sich aber unerwarteterweise noch ein zweiter, vom ersteren vollkommen unabhängiger, der in der Nähe der Cutissubcutis-Grenze gelegen war. Letzterer ist von der Umgebung auffallend scharf abgegrenzt und durch kapselartig angeordnete kollagene Fasern umschlossen. Er setzt sich im wesentlichen aus epithelioiden Elementen und vereinzelten rudimentären Riesenzellen zusammen, die sich in kleinen miliaren Focis gruppieren. Lymphoidzellen sind auffallend spärlich vorhanden. Nekrose bzw. Degenerationserscheinungen sind nicht zu sehen. In seinen peripheren Abschnitten umgibt das Infiltrat ein Haarfollikel, der in Desorganisation begriffen ist.

Die Blutgefäße der ganzen Kutis sind erweitert und von spärlichen Rundzellen

Digitized by Google

umgeben. Um ein Kapillargefäß, das in der Nähe des oberflächlichen Herdes gelegen, aber von demselben gut abgetrennt war, fand sich eine kleine umschriebene Gruppe von epithelioiden Zellen und Lymphozyten. In den oberen Partien der Kutis ist das elastische Gewebe in Elazin entartet.

Der mikroskopische Befund der aus der Nasenschleimhaut ausgekratzten Wucherungen war kurz folgender: Epidermis zum Teil fehlend, zum Teil erhalten mit gewucherten langen Zapfen. Darunter findet sich ein ödematöses Granulationsgewebe, das von Rundzellen dicht durchsetzt ist und vereinzelte Riesenzellen enthält. In den tieferen Schichten sind, wenn auch spärlich, typische Epithelioidzellentuberkel nachzuweisen.

In etwa 14 darauf untersuchten Schnitten des exzidierten Knötchens wurden Tuberkelbazillen nicht entdeckt. Auch in den durch das Zerquetschen von Knötchen zwischen zwei Objektgläsern gewonnenen Ausstrichpräparaten war die Untersuchung ergebnislos. Zu Besserem gelangten wir mit Hilfe des Antiforminverfahrens. Drei ausgelöffelte Lupusknötchen wurden fein zerkleinert und in 30%igem Antiformin aufgelöst: dann wurde die Lösung zentrifugiert und das Sediment auf ein einziges Objektglas ausgestrichen und nach Ziehl-Neelsen gefärbt. Nach fleißigem Suchen fanden wir zwei rote Stäbchen, die nach ihrem morphologischen Aussehen Tuberkelbazillen vollkommen entsprachen. In dem gleichen nach Much (Schnellmethode) gefärbten Präparat konnten wir viermal feine, ungleichmäßig große Granula im Stäbchenverband und ziemlich zahlreiche isolierte Granula nachweisen.

Zur Tierinokulation benutzten wir zwölf exkochleierte Knötchen aus der Wangenhaut unserer Patientin. Dieselben wurden in einem sterilen Mörser zerquetscht, der Brei mit steriler Kochsalzlösung aufgeschwemmt und zwei jungen Meerschweinchen unter die Bauchhaut injiziert. Nach fünf Wochen waren in beiden Tieren an der Impfstelle mehrere derbelastische hanfkorngroße Knötchen zu konstatieren. Keine Schwellung der Inguinaldrüsen, keine Gewichtabnahme. In dem einen zu dieser Zeit getöteten Tier fanden sich unter der Bauchhaut an der Inokulationsstelle drei teilweise intramuskulär gelagerte graugelbliche Herdchen. In Ausstrichpräparaten derselben wurden polymorphkernige Leukozyten, Rundzellen, epithelioide Zellen und Riesenzellen, ferner spärliche, teils frei, teils in Zellen eingeschlossene, ziehlfeste Bazillen nachgewiesen. In den inneren Organen war nichts von Tuberkulose vorhanden.

Aus dem zweiten Tier exzidierten wir nur ein Knötchen unter der Bauchhaut; es enthielt ebenfalls Bazillen. Dieses zweite am Leben gelassene Tier nahm in der folgenden Zeit an Gewicht zu und wurde erst nach sechs Monaten getötet. Die Knötchen unter der Bauchhaut waren dann spurlos verschwunden. Bei der Sektion fand man keine tuberkulöse Veränderung der inneren Organe; auch die mikroskopische Untersuchung der Leistendrüsen, Milz, Leber und Lungen fiel negativ aus. Die Überimpfung von Milzstückchen auf zwei weitere Meerschweinchen (intraperitoneal) ist ergebnislos verlaufen.

Fassen wir die Charakteristika des vorstehenden Falles zusammen, so sind es die folgenden: Es handelt sich um eine Frau in vorgeschrittenem Alter mit Lungenspitzenaffektion und Lupus vulg. der Nasenschleimhaut, bei der im Anschluß an wiederholte Erysipelattacken in ziemlich akuter Weise eine über das ganze Gesicht verbreitete Eruption von disseminierten Effloreszenzen auftritt, die miliaren Lupusflecken und -knöt-

Digitized by Google

chen vollkommen gleichen. Tuberkulinreaktion, histologische Untersuchung, Bazillenbefund und Tierversuch bestätigen die tuberkulöse Natur solcher miliarer Herde.

Wir haben also im vorliegenden Falle mit einem akuten disseminierten Lupus des Gesichtes zu tun. Betreffs der Entstehungsweise desselben sind drei verschiedene Möglichkeiten, nämlich die des exogenen, des hämatogenen und des lymphogenen Ursprungs in Betracht zu ziehen.

a) Die Möglichkeit, daß die miliaren Lupusknötchen in unserem Falle durch äußere Infektion entstanden seien, ist an und für sich nicht von der Hand zu weisen. Es ist doch unzweifelhaft, daß miliare Lupusherde durch Inokulation von außen zustande kommen können: es sei diesbezüglich u. a. an einen von Jadassohn[1]) erinnert, bei welchem von einer tuberkulösen Sternalfistel aus ein Schwarm von Lupusfleckchen in der Gegend der Mamma entstanden war, welche durch das Fistelsekret verunreinigt wurde. Dann müßten wir uns bei unserem Fall vorstellen, daß das Infektionsmaterial von den sezernierenden Nasenlupus entstammt und auf die Gesichtshaut beim Nasenputzen gebracht und zerstreut wird, wobei die multiplen Inokulationen von den Schädigungen der Haut durch die durchgemachten Erysipelen begünstigt werden. Es scheint uns aber gegen diese Annahme die Tatsache zu sprechen, daß die Eruption auf die ganze Gesichtshaut und speziell auf Partien, die mit dem Nasensekret schwerlich in Berührung kommen können, so die Stirn, die Augenlider, die Jochbeingegenden, ausgebreitet war. Gegen die Annahme eines äußeren Infektionsmodus wäre ferner die Gleichzeitigkeit bzw. das rasche Nacheinander des Auftretens der einzelnen miliaren Herde noch anzuführen. Letzterer Umstand deutet vielmehr auf einen endogenen Ursprung hin.

b) Was die Möglichkeit der Entstehung auf dem Blutwege betrifft, so sind die klinischen Merkmale der Krankheitsherde und die Art des Auftretens mit dieser Annahme sehr wohl vereinbar. Die Tatsache, daß das Leiden ausschließlich das Gesicht befällt, ist bei der Annahme einer hämatogenen Entstehung zwar auffallend, steht ihr aber prinzipiell nicht im Wege: dieselbe strenge Lokalisation im Gesicht findet sich ja des öfteren bei vielen sicher auf dem Blutwege entstandenen Dermatosen. Anatomische Beweismomente zugunsten der hämatogenen Pathogenese im Sinne von vermittelnden Gefäßveränderungen ließen sich in unserem Falle nicht erbringen.

c) Der Wahrheit wohl am nächsten zu kommen scheint uns, mit Rücksicht auf die klinischen Besonderheiten unseres Falles, die dritte

[1]) Jadassohn, Tuberkulose der Haut, in Mračeks Handbuch.

Digitized by Google

Möglichkeit, d. h. die Annahme der lymphogenen Entstehung. Wir nehmen an, daß die Disseminierung der Tuberkelbazillen in die Gesichtshaut bei unserer mit Nasenlupus behafteten Patientin aus der erkrankten Nase entstammt und auf dem Lymphwege zustande gekommen ist. Die Ausstreuung ist offenbar von den durch die wiederholten Erysipele bedingten anatomischen Veränderungen begünstigt worden, welch letztere bekanntlich vor allem in einer starken Erweiterung der Lymphgefäße und -spalten der Haut bestehen. Der Umstand, daß nicht nur dieselbe Seite des Gesichtes, wo der Nasenlupus war, sondern auch die entgegengesetzte (wenn auch nicht so stark) befallen war, läßt sich durch die zahlreichen Anastomosen der Lymphbahnen in natürlicher Weise erklären. Andererseits ist die Disseminierung der Lupusherde ausschließlich im Gesicht lokalisiert, weil die sie begünstigenden anatomischen Veränderungen eben auf diese Körperstelle beschränkt bleiben.

Wir sind also geneigt die Ausstreuung der Lupusknötchen in unserem Falle als regionäre Metastase auf dem Lymphwege aufzufassen. Der Vorgang der Verbreitung auf dem Lymphwege kommt bekanntlich bei Lupus des öfteren vor. So sieht man, z. B. bei zirkumskriptem Lupus des Gesichtes, gar nicht selten, besonders bei unzweckmäßiger, irritierender Behandlung, in der Nähe des Hauptherdes eine Anzahl kleinster Knötchen auftreten, die offenbar auf dem Lymphwege entstanden sind. Derartige Knötchen sieht man auch bei Lupus des Naseninneren auf die Haut der Nase und auf die benachbarten Partien der Wange entstehen. Vielleicht aber ist es richtiger, bei letzteren Fällen anstatt von Metastase einfach von Verbreitung per continuitatem auf dem Lymphwege zu reden, obwohl eine scharfe Trennung zwischen diesen Vorgängen nicht zu machen ist. Im Bereich des Gesichtes gehören jedenfalls so reichliche und ausgedehnte Disseminierungen auf dem Lymphwege wie bei dem von uns beschriebenen Falle zu den großen Seltenheiten. Weniger selten kommt eine solche reichliche Aussaat an den Extremitäten (besonders an den unteren) vor, wenn diese sich infolge von wiederholten Erysipelen im elephantiastisch-ödematösen Zustande befinden [Leslie Roberts[1]), Juliusberg[2]) u. a.].

Auffallend und interessant hervorzuheben sind die vielfachen Berührungspunkte, die der beschriebene, als lymphogen aufzufassende Fall von Lupus mit anderen, auf dem Blutwege entstandenen Lupusfällen aufweist. In jenem wie in diesem treten die Herde in großer Anzahl innerhalb kurzer Zeit auf. Weitere gemeinschaftliche Charakterzüge sind: die Kleinheit der Herde, die

[1]) Leslie Roberts, Lupus elephantiasis. Brit. Journ. of Derm., S. 339, 1889.

[2]) Juliusberg, Lupus dissem. in elephant. veränderter Haut. Stereoskop. med. Atlas. Lief. 30/31.

Digitized by Google

Ähnlichkeit derselben untereinander, das langsame, kaum merkliche Wachstum, das Fehlen jeglicher Neigung zur Geschwürsbildung, trotz des längeren Bestandes, die prompte und dauernde Heilung auf lokale therapeutische Maßnahmen. Dies würde beweisen, daß die auf dem Lymphwege in die Haut gelangten Tuberkelbazillen unter Umständen Veränderungen hervorrufen, die die gleichen Charakteristika des hämatogenen Lupus aufweisen. Übrigens ist schon bekannt, daß selbst die sehr gutartigen Tuberkulide nicht nur auf dem Blut-, sondern auch auf dem Lymphwege als „regionäre Metastasen" entstehen können: so sah z. B. Jadassohn[1]) den Lichen scrophulosorum einmal sicher in lokalem Anschlusse an eine Knochentuberkulose nur an dem betreffenden Vorderarme, ein anderes Mal wieder in scheinbar zunächst lokalem Anschlusse an einem Herde von Erythema induratum auftreten.

Zum Schlusse sei noch auf einen Punkt hingewiesen, der sich ja zum Teil aus dem Vorhergesagten ergibt, d. h. auf die Beziehungen unseres Falles zu dem von T. Fox 1878 aufgestellten ziemlich seltenen Krankheitsbild des Lupus follicularis disseminatus faciei[2]). Läßt man in unserem Falle die Anamnese und die Affektion der Nasenschleimhaut unberücksichtigt, so könnte wohl eine Verwechslung mit letzterer Krankheit vorkommen, denn es bestehen weitgehende klinische Ähnlichkeiten. Beiden Krankheitsbildern sind nämlich folgende Eigentümlichkeiten gemeinsam: strenge Beschränkung des Leidens auf das Gesicht, symmetrische Ausbreitung, akutes Auftreten, Aussehen der miliaren Lupusherde, gutartiger Verlauf derselben. Selbst die (übrigens nicht notwendige) perifollikuläre Anordnung der Lupusherde findet sich in unserem Falle, gleichwie in der Foxschen Krankheit. Die Abweichungen unseres Falles von letzterer bestehen in dem Zusammentreffen der Hautaffektion mit dem Nasen-

[1]) Jadassohn, l. c.

[2]) Nebenbei sei bemerkt, daß bisher nach meiner Berechnung insgesamt 44 Fälle dieser Krankheit mehr oder weniger ausführlich bekannt geworden sind (1.—3. Tilbury Fox, 4. Hutchinson, 5. Düring, 6.(?) Besnier, 7. Elliot, 8.—9. G. H. Fox, 10. Jadassohn, 11.—12. (?) Kaposi, 13.—14. Finger, 15. Balzer-Michaux, 16. bis 17. Rasch, 18. Pontoppidan, 19. Nielsen, 20. Hansen, 21. Nobl, 22. Saalfeld, 23.—24. Mayer, 25. Kreibich, 25.—26. Bettmann, 27.—28. Schlasberg, 29. Delbanco, 30.—31. E. Hoffmann, 32. Graham Little, 33.—34. Cohn und Opificius (Herxheimer), 35.—36. Kraus, 37. Oppenheim, 38. Löwenberg, 39.—42. Arndt, 43. Török, 44. Brucsgaard). Literatur bis 1903 s. bei Schlasberg, A. f. D., Bd. 74, dann bis 1910 bei Löwenberg A. f. D., Bd. 104. Vielleicht läßt sich diese Statistik in der Zukunft durch erhöhte, auf die Krankheit gerichtete Aufmerksamkeit noch merklich vergrößern. Arndt hat neuerdings mit Recht darauf hingewiesen, daß es Fälle der Krankheit gibt, die beim ersten Blick als Rosacea imponieren und dadurch sehr leicht der Beobachtung entgehen können. Auch ich habe in der letzten Zeit bei einem einschlägigen Falle diese Erfahrung gemacht.

Digitized by Google

lupus. Es ist uns zwar aus den Fällen von **Mayer** (Knötchen an der Schleimhaut des Septum narium) und von **Schlasberg** (Knötchen an der Schleimhaut der Unterlippe) bekannt, daß der Lupus foll. dissem. faciei wie in der Haut gleichgeartete Herde in den benachbarten Schleimhäuten geben kann; unser Fall aber gestaltet sich ganz anders insofern, als die Affektion der Nasenschleimhaut die gewöhnliche vegetierende Form des Nasenlupus annimmt und dem Auftreten der miliaren Herde im Gesicht monatelang vorangeht. Aber auch die Pathogenese dürfte, unseres Erachtens, verschieden sein, denn im Gegensatz zu dem sicher hämatogenen Lupus foll. diss. (T. **Fox**) ist der disseminierte Lupus bei unserem Falle höchstwahrscheinlich auf dem Lymphwege entstanden.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. 16, Heft 6.

Jontophorese in der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. Korowsley Sibley-London. Empfehlung der Methode bei Alopezie, Epitheliom, Chloasma, Keloid, Lupus erythematosus et vulgaris, Narben, Herpes tonsurans, Ulcus rodens u. a. m.

Adenoma sebaceum der Schleimhaut der Mundhöhle. Zwei Fälle. Eine neue Behandlungsart, von Maximilian Stern-New York. Zur Behandlung konstruierte Stern einen halbkreisförmig gebogenen spatelförmigen Apparat zur Anwendung des galvanischen Stromes, durch den er die Knötchen zum Schwinden brachte.

Herpes zoster, von Richard E. Mc Veg-Topeka. Bekanntes.

Salvarsan und seine Anwendung, von Edward A. Mayleery-Enid. Empfehlung der intravenösen Applikation des Ehrlichschen Präparates.

Wert der frühen Differentialdiagnose bei Zystitis des mittleren und höheren Lebensalters vom Standpunkt des therapeutischen Erfolges, von Frank S. Crockett-Lafayette. Kasuistik. Wichtigkeit zystoskopischer Untersuchung.

Untersuchungen über blennorrhoische Komplementbindungsreaktion, von R. B. H. Gradwohl-St. Louis. G. erprobte den Antigenextrakt der Firma Parke-Davis & Co.; die Reaktion war nur bei blennorrhoischer Infektion positiv. Von besonderem Wert ist sie bei versteckten Blennorrhöeinfektionen, wie namentlich auch beim Weibe, wo der Gonokokkennachweis oft schwierig ist.

Der Micrococcus catarrhalis als Ursache der Urethritis beim Manne, von Winfield Ayres-New York. Der Verfasser isolierte einen gramnegativen Mikrokokkus aus dem Harnröhrenschleim von Patienten mit einer 24 Stunden nach der Lokalisation entstandenen Urethritis. Unter 54 Patienten mit solcher Urethritis fand er 7, bei welchen er diesen Micrococcus catarrhalis rein züchten konnte. Die Urethritis heilt meist schnell unter Santalöldarreichung.

Flüssiger Sauerstoff, von Charles H. Bangs-Boston. Empfehlung als lokales Anästhetikum, als Heilmittel gegen Nävi, Teleangiektasien und Geschwülste.

Therapeutische Notizen aus den Kliniken von Berlin, von H. A. Rosenkranz-Los Angeles.

Digitized by Google

Die Technik der Salvarsanbehandlung, von S. Charles Mish-San Franzisko. Kasuistik.

Die mikroskopische Urinuntersuchung als diagnostisches Hilfsmittel, von A. T. Gaillard-Philadelphia. Bekanntes.

Essentielle Hämospermie, von Courtney W. Shropshire-Birmingham. In zwei Fällen, die der Verfasser behandelte, war der Koitus interruptus die Ursache der Hämospermie.

Recklinghausensche Krankheit, von Edward Pisko-New York. Mitteilung eines Falles. Schourp-Danzig.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Bd. 51, Heft 6.

Beitrag zur Kenntnis der Histologie und Pathogenese der Malacoplacia urethrocystica, von Panizzoni. In der Harnröhre eines an allgemeiner Tuberkulose verstorbenen Mannes fanden sich papilläre Erhabenheiten. Histologisch ist die ganze Harnröhrenschleimhaut verdickt, die Mukosa verhornt. Bakterien wurden keine gefunden.

Kritische Winke zur Behandlung mit Salvarsan, von Nicolich. An 1000 mit Salvarsan behandelten Fällen hat Verfasser die Überzeugung gewonnen, daß von einer Abortivbehandlung, wie Ehrlich sie erhoffte, noch nicht die Rede sein kann. Man steuert noch immer im Dunkeln; dieser ewige Wechsel in der Dosierung, in der Art der Einführung des neuen Heilmittels und die Rückkehr zum alten Quecksilber beweisen, daß man nicht zuviel Illusionen bei den Syphiliskranken aufkommen lassen darf. Die Abortivkur ist noch eine Sage, außerdem wird die Diagnose Syphilis zu häufig auf den Spirochätenbefund eines Ulkus hin gestellt, ohne auf die klinischen Erfahrungen vieler Jahre Wert zu legen. Andererseits muß man zugeben, daß das Salvarsan manchmal eine überraschende Wirkung zeigt in Fällen, die vollkommen quecksilberresistent waren: so sah Verfasser 3 oder 4 Fälle von Leukoplakia der Zunge nach 1 oder 2 Salvarsaninjektionen heilen, die einer intensiven Merkurbehandlung getrotzt hatten, ebenso bei einem Fall von Gehirnerkrankung luetischen Charakters. Verfasser beobachtet rigorös die Vorschriften von Wechselmann bei Bereitung der Injektion, hat aber erlebt, daß ein Patient einige Stunden nach einer intravenösen Injektion von 0,5 starb. An über 20000 Injektionen von Kalomel in allen Perioden der Syphilis hat Verfasser nie einen Todesfall durch die Behandlung erlebt, er bleibt deshalb vorläufig dem alten Quecksilber treu und wird nur in einzelnen rebellischen Fällen das Salvarsan mit großer, großer Vorsicht gebrauchen.

Beziehung der Adamsonschen Schlinge zur äußeren Sporenscheide bei der Mikrosporie, von Pasini. Längs der Haarwurzel über den Bulbuskragen hinaus haben die äußere Sporenscheide und die intrakortikalen Myzelien keinen Zusammenhang. Die Adamsonsche Schlinge endigt in der Tiefe mit sehr feinen Myzelien, die die Kutikula bis zum oberen Drittel des Bulbus durchkreuzen und in derselben aufsteigen bis zum äußeren Haar sich allmählich in Sporen auflösend. Die äußere Sporenscheide ist verschiedenen Ursprungs. Während der Invasionsperiode stammt sie von einem Fragment der Riesenmyzelien, die bis zum Infundibulum hinabsteigen, während der Krankheit, wenn die Riesenmyzelien verschwunden sind, entsteht sie aus feinen Myzelien der Adamsonschen Schlinge.

Zum Studium des Nävus, von Sprecher. Ein Fall von Naevus verrucosus in der Mitte der linken Palma manus bei einem Patienten, der nebenbei auch Veränderungen der Knochen und des Gebisses hat.

Über Nävi und die Tumoren der Talgdrüsen, von Martinotti. Der 14jährige

Digitized by Google

Patient zeigt an der linken Wange, einige Zentimeter unterhalb und lateral vom äußeren Gehörgäng, eine bräunliche Affektion von regelmäßiger Form und 2 cm Breite, umgeben von vollkommen normaler Haut. Auf der Oberfläche zeigen sich charakteristische Momente, eine gleichmäßig braune Pigmentation, kleine maulbeerförmige Erhebungen verrukoser Art, und solche von wächsernem Kolorit von 2—4 mm Durchmesser, die auf der Höhe entweder eine kleine Depression zeigen oder ein Lanugohärchen. Die klinische Diagnose war Naevus sebaceus verrucosus. Histologisch ergab sich Pigmentbildung, Hyperkeratose und auch, wenn auch selten, Parakeratose, Vermehrung der Talgdrüsenelemente mit Infiltration der Umgebung. Verfasser bespricht noch ausführlich die Literatur der Naevi sebacei. Die Therapie aller Neubildungen der Talgdrüsen, Nävi, der senilen Hyperplasien, Adenome kann in der Mehrzahl der Fälle nur eine chirurgische sein, sei es Messer, Galvano- oder Thermokauter, in einigen Fällen Elektrolyse ev. auch Kohlensäureschnee, bei den senilen und juvenilen Formen Röntgenbehandlung.

Dermatitis annularis chronica der unbedeckten Körperteile, von Tuccio. Es handelt sich um 4 Fälle eines Exanthems, das im Gesicht, an den Händen und Vorderarmen lokalisiert war. Es beginnt mit kleinen roten Flecken, in deren Mitte sich eine kleine Schuppe bildet. Die Herde vergrößern sich allmählich, die Mitte wird pigmentiert, und der Rand breitet sich unter Schuppenbildung weiter aus. Subjektiv nur leichter Juckreiz. Nach der Abheilung bleibt eine Pigmentierung zurück oder auch häufig keine Spur irgend einer Erkrankung.

Über einen Fall von Psoriasis vulgaris bei einem Ehepaar, von Imparati. Ein Gatte einer an Psoriasis leidenden Frau erkrankt nach einiger Zeit auch an Psoriasis. Verfasser stellt die Frage auf: Können wir die Kontagiosität der Psoriasis absolut ausschließen?

Neue Beiträge zur Behandlung des Haut- und Schleimhautepithelioms mit dem wirksamen Prinzip der Jequirity (Abrus precatorius). Verfasser berichtet über 110 ihm bekannte Fälle, bei welchen mit Jequiritypräparaten Erfolg erzielt wurde. Das wirksame Prinzip ist eine Albumose, die eminent toxische (hämolytische) Eigenschaften hat; diese Substanz greift die Epitheliomzellen direkt an und zerstört sie.

Haas-Hamburg.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Mai 1912.

1. Die Behandlung der Tuberkulose der Harnwege, von Legueu und Chevassu. In einem vor dem internationalen Tuberkulosekongreß zu Rom erstatteten Referate, geben die Verfasser eine gedrängte Übersicht über die chirurgische und die medizinische Behandlung und über die Tuberkulintherapie der Tuberkulose der Harnwege. Vergleicht man diese untereinander, so zeigt sich die chirurgische Therapie bei weitem überlegen; sie hat nur 6% Mortalität und heilt etwa die Hälfte der Fälle. Die medizinische Behandlung kann vielleicht die Entwicklung der Nierentuberkulose verzögern, aber nicht verhindern. Von dem im Körper verbleibenden Herde ist stets eine Generalisierung zu fürchten. Die Behandlung mit Tuberkulin kann das Leiden zwar bessern, aber nur selten heilen. Die chirurgische Therapie ist also, unterstützt von den beiden anderen, die Therapie der Wahl.

Im weiteren geben die Verfasser in großen Zügen das Verfahren der operativen Behandlung. In der voroperativen Periode erfolgen die verschiedenen Untersuchungsmethoden (Ureterenkatheterismus, Harnstoffnachweis im Blute usw.), gleichzeitig werden die verschiedenen hygienisch-diätetischen sowie lokaltherapeutischen Maßnahmen beobachtet. Die Operation geschieht am besten auf dem lateralen, subperitonealen Wege.

Digitized by Google

Die Niere ist uneröffnet zu entfernen, ebenso möglichst viel ihrer Umgebung. Dränage ist unerläßlich. Nach der Operation muß vor allem für die Heilung der Wunde gesorgt werden; doch behalten viele Patienten durch längere Zeit Fisteln. Der Ureter verödet, kann aber, wenn er selbst infiziert ist, Anlaß zu Fisteln geben, die einen neuerlichen Eingriff erfordern. Ist die Blase ergriffen, so kann sie nach der Operation gesunden. Die therapeutischen Maßnahmen sind lokaler Natur. Nur bei rebellischen Zystitiden wird Zystostomie oder Blasenausschaltung notwendig. Die zurückgebliebene Niere beginnt nach etwa 14 Tagen kompensatorisch zu hypertrophieren. Sie kann entzündlichen oder tuberkulösen Veränderungen unterliegen. Zu gleicher Zeit darf aber eine allgemeine Behandlung der Tuberkulose (Luft, Tuberkulin) nicht unterlassen werden.

2. Zyste des Samenstrangs bei Kryptorchismus, von M. Bilhaut sen.-Paris. Bei einem 13jähr. Knaben mit noch infantiler Stimme fühlte man den rechten atrophischen Hoden im Leistenkanal; links war das Skrotum leer, weiter oben tastete man einen weichen, fluktuierenden Tumor. Derselbe war verschiebbar, irreponibel, durchscheinend, veränderte sich bei Rückenlage nicht. Die Operation ergab eine Zyste des Samenstrangs, durch die der Hoden komprimiert war. Dieser wurde im Skrotum fixiert und scheint sich seither etwas zu vergrößern.

3. Operative Korrektion einer Anomalie des Urogenitaltraktes, von Pauchet-Amiens. Ein 16jähriges Mädchen, dessen Tante eine Anomalie des Anus gehabt hatte, zeigte an Stelle des Perineums eine große Kloake, in die das Rektum, die Urethra und zwei Scheiden mit zwei Gebärmutterhälsen einmündeten. Es bestand Incontinentia urinae et alvi. Urin, Fäzes und Menstrualblut mischten sich in der Kloake, so daß die Kranke ständig eine Prothese tragen mußte. Eine in der Kindheit vorgenommene Operation war vergeblich geblieben. P. operierte nun in drei Zeiten. Zuerst isolierte er die elektrisch festgestellten Reste des Constrictor cunni, holte das Rektum herab und verband es mit dem Muskel. Später bildete er eine einzige Vagina. Schließlich bildete er in der Vulvovaginalwand submukös eine Urethra und verband sie mit der Blase. Das Resultat ist ausgezeichnet: Patientin verliert Stuhl nur bei starken Durchfällen, Urin nur bei Nacht.

4. Nierenkolik, die eine Nephrotomie notwendig machte, von J. Oraison-Bordeaux. Eine Kranke, die seit längerer Zeit an Nierenkoliken litt, bekam plötzlich sehr heftige Koliken mit gleichzeitig eintretender Oligurie. Etwa fünf Monate nach Beginn des Leidens wurde sie von einer schweren Kolik mit Fieber und unstillbarem Erbrechen befallen. Es wurde die Nephrotomie vorgenommen und ein großer Stein des Nierenbeckens, sowie mehrere kleinere entfernt. Heilung, Wiederherstellung der Diurese.

5. Die Behandlung der orthostatischen Albuminurie und der infantilen Inkontinenz, von Gonzales Tanago und José Pedraja. Die Verfasser glauben, daß die meisten (oder alle) Fälle von orthostatischer Albuminurie und infantiler Urininkontinenz tuberkulöser Natur sind. Die beste Therapie ist bis jetzt die mit Tuberkulin. Diese Behandlung muß aber, um Rezidive zu vermeiden, über ein Jahr hinaus fortgeführt werden. Die Verfasser glauben auch, daß manche Formen der Brightschen Krankheit bazillärer Natur sind.

6. Die Blennorrhagie muß vom ersten Tage an behandelt werden, von H. Minet-Paris. Verfasser hat fast alle Tripperkranken, die 24—28 Stunden nach Beginn zur Behandlung kamen, in 2—5 Tagen geheilt. (Wenn die Patienten nur immer so früh zum Arzt kämen. D. Ref.)

7. Belladonna-Extrakt bei Harnleiden, von A. Guépin. Die beliebte Verordnung von Extr. Belladon. in Suppositorien ist wirkungslos und gefährlich, da das Medi-

Digitized by Google

kament gewöhnlich verfälscht ist und da Vergiftungserscheinungen (Trockenheit im Munde, Schlaflosigkeit, Durst usw.) bei längerem Gebrauche auftreten.

8. Durch Radiographie gewonnene Indikationen bei der Steinkrankheit der Harnwege, von A. Boursier. Verfasser zeigt an mehreren Beispielen und Bildern den Wert der Röntgenstrahlen für die Diagnose von Steinen.

9. Abortivbehandlung der Blennorrhagie, von E. Montfort-Marseille. S. Referat der „Revue clinique d'Urologie", Januar 1912. Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhöe und Komplikationen.

Die Erblindungsgefahr infolge von Augenentzündung der Neugeborenen, von Best-Dresden. (Med. Klinik, 1911, Nr. 29.) Verfasser schließt aus seinen statistischen Untersuchungen, daß nicht nur die Erkrankungsgefahr an Blennorrhöe seit Credé erheblich heruntergegangen ist (von 8,9% vor 1881 auf zurzeit 0,48% der Geburten in Anstalten), sondern auch die Zahl der Erblindungen der Neugeborenen. Von den Zöglingen der Blindenanstalten sind 1911 nur 13% gegen früher 30% infolge von Blennorrhöe erblindet. Immerhin ist der Prozentsatz von Erblindungen durch Blennorrhöe größer als der anderer Ursachen jugendlicher Erblindung, wie Tuberkulose usw. Arthur Schucht-Danzig.

Finsentherapie bei Trachom, von V. Grönholm-Helsingfors. (Arch. f. Ophthalmol., Bd. 80, Heft 1.) Der Verfasser hat mit der Finsentherapie bei Trachom ausgezeichnete Erfolge gehabt. Oft genügt eine einzige Belichtung der Bindehaut von 10 Minuten Dauer, in anderen Fällen muß sie 2—3—6mal wiederholt werden. Die Behandlungsdauer ist wesentlich kürzer als bei den anderen Methoden und die Narbenbildung eine wesentlich bessere. A. Gunsett-Straßburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Filtrierbarkeit des Virus der Einschlußblennorrhöe und über die Widerstandsfähigkeit des Trachomvirus, von A. Botteri-Triest. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Verfasser hat das Virus durch Berkefeldsche Kerzen filtrieren können und mit dem filtrierten Sekret bei einem Pavian eine schwere Konjunktivitis hervorgerufen, die von jener, wie sie durch direkte Übertragung des Trachomsekretes auf Paviane auftritt, nicht zu unterscheiden war. Im Filtrate wurden spärliche, ganz kleine, an der Grenze der Sichtbarkeit stehende rundliche, nach Giemsa rotviolett gefärbte Gebilde nachgewiesen.
W. Lehmann-Stettin.

Iritis blennorrhagica, von Marcel Hamon. (Inaug.-Dissert., Paris 1910, Nr. 60.) Aus den Untersuchungen des Verfassers und den von ihm geschilderten Fällen geht hervor, daß an der Existenz einer blennorrhoischen Iritis nicht gezweifelt werden kann. Die Affektion ist aber sehr selten und tritt entgegen der Annahme mancher Verfasser beim Manne häufiger auf als bei der Frau. Immer geht eine blennorrhoische Infektion der Harnwege voraus. Rezidive des Augenleidens gehen parallel mit Rezidiven des Genitalleidens. Fast immer sind auch blennorrhoische Gelenkaffektionen und Zeichen von Gonokokkämie als Begleiterscheinungen zu finden. Das hervorstechendste Symptom der blennorrhoischen Iritis ist ihre große Schmerzhaftigkeit. Meist handelt es sich um die seröse Form. Plastische Formen sind selten. Die Entwicklung des Leidens kann bis zur eitrigen Form in seltenen und bis zur hämorrhagischen Form in ganz ausnahmsweisen

Digitized by Google

Fällen fortschreiten. Im allgemeinen ist die Prognose günstig zu stellen. Nur die fast regelmäßigen Rezidive können eine unerwünschte Komplikation bilden, aber selbst in den eitrigen und hämorrhagischen Formen kommt es nur zu geringen Sehstörungen. Die alleinige ätiologische Rolle des Gonokokkus ist bezweifelt worden. Es können auch nicht spezifische Bakterien und die Toxine des Gonokokkus eine Rolle spielen. Eine spezifische Behandlung ist ausgeschlossen. Die Therapie ist rein lokaler Natur.

Fritz Loeb-München.

Diagnose und Behandlung der chronischen Urethritis, von Aimé Lecoutour. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 461.) Verfasser berichtet in den einzelnen Kapiteln seiner umfangreichen Arbeit über die Anatomie und Histologie der normalen Urethra, die pathologische Anatomie der chronischen Urethritis, deren Diagnose und Behandlung, die therapeutischen Indikationen und die Symptome der Heilung, ohne im wesentlichen Neues zu bieten. „Bevor ein Patient aus der Behandlung entlassen und ihm der Geschlechtsverkehr ohne Anwendung des Kondoms gestattet wird, muß eine Untersuchung ergeben haben, daß er nicht mehr ansteckungsfähig ist, das ist eine heilige Pflicht des Arztes."

Fritz Loeb-München.

Die richtige Behandlung des Trippers, von Th. W. Jackson-Fort Hunt (Med. Record, 23. Dez. 1911.) Aus einer zehnjährigen praktischen Erfahrung zieht Verfasser folgende Schlüsse: 1. Es gibt kein Mittel und keine Behandlungsmethode, mit der wir imstande wären, jeden Tripper wirklich zu heilen in weniger als „Monaten". Dabei ist zugegeben, daß einige wenige Ausnahmefälle sehr schnell zur Heilung kommen können. 2. Dagegen ist ein gewisser Prozentsatz überhaupt unheilbar; und ein noch größerer Prozentsatz läuft ungeheilt umher, weil sich die Patienten der notwendigen langen Behandlung und den dabei geforderten Einschränkungen nicht unterwerfen. 3. Die Zahl dieser „Infektionsträger" ist weit größer als im allgemeinen angenommen wird und ist in erster Linie für die dauernde Weiterverbreitung der Erkrankung anzuschuldigen. 4. Die einzige sichere Probe bei einer Heilung ist die regelmäßige genaue mikroskopische Untersuchung.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung des Trippers mittels Autotherapie, von Ch. H. Duncan-New York. (Med. Record, 30. März 1912.) Verfasser hat bereits in früheren Arbeiten seine Prinzipien der „Autotherapie" auseinandergesetzt: dieselbe besteht darin, daß er die „natürliche Vakzine" zusammen mit den toxischen Gewebsprodukten, wie sie sich in den pathologischen Absonderungen finden, auf gesundes Gewebe bringt. Diese „Prinzipien" hat er auch beim Tripper in Anwendung gebracht, indem er den Trippereiter auf die Zunge bringt und schlucken läßt. Er glaubt, auf diese Weise Tripper in kürzester Zeit heilen bzw. präventiv behandeln zu können. Nach seinen Erfahrungen (er berichtet über drei Fälle), ist die Behandlung wirksam und gefahrlos; eine Infektion der Mundschleimhaut finde nicht statt. Er hält es für möglich, dasselbe erreichen zu können, wenn er die Bakterien durch einen Berkefeld-Filter filtriert und das Filtrat subkutan injiziert (!!).

W. Lehmann-Stettin.

Die Verwendung der Wasserdruckmassage in der inneren Medizin, von Dreuw-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 36.) Das Prinzip, fließendes Wasser zu zwingen, eine Gummimembran in intermittierende Auf- und Abwärtsbewegungen zu bringen und dadurch eine Massagewirkung zu erzielen, wendet Verfasser auch für die Behandlung der Harnröhre an geeignet konstruierten Instrumenten an. Er erzielte gute Erfolge bei chronischer Blennorrhöe und Prostatitis.

Arthur Schucht-Danzig.

Die kausale Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhöe des Mannes, von Menzer-Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 46.) In Anlehnung an das alte Ricordsche Wort „L'homme sait bien quand commence une

Digitized by Google

gonorrhoe, quand elle cesse Dieu seul le sait", weist Verfasser, ohne allerdings den Pariser Altmeister direkt zu zitieren, auf manche immer noch vorhandenen Lücken in der Blennorrhöebehandlung hin und namentlich auf die Unsicherheit betreffs der Feststellung einer tatsächlich definitiven Heilung. Für beide Momente vindiziert er der Vakzinebehandlung einen ganz erheblichen Wert. Er hat aus Originalkulturen frischer Blennorrhöen eine polyvalente Vakzine hergestellt, welche auch im Handel aus der Adlerapotheke in Halle a. S. unter der Bezeichnung Originalgonokokkenvakzine zu beziehen ist. Mit dieser Vakzine hat er sowohl chronische, als auch akute Fälle zu seiner vollen Zufriedenheit behandelt. Allerdings wird dabei nicht ein schnelles Verschwinden der Eitersekretion erzielt; diese wird vielmehr durch die Injektion anfangs direkt noch gesteigert, was M. aber keineswegs als einen Nachteil ansieht, denn er erhebt gegen die jetzt im allgemeinen geübte Behandlungsart den Vorwurf, daß sie in nur allzuvielen Fällen eine Scheinheilung hervorbringe durch Beseitigung des Ausflusses ohne Vernichtung der Gonokokken. Daß die Vakzinetherapie nur für die sog. geschlossene Blennorrhöe und nicht auch für die Affektionen der Harnröhrenschleimhaut wirksam sein soll, wie dies von einigen Verfassern betont wird, hält er für eine durchaus irrige Ansicht, und er mißt der provokatorischen Vakzineinjektion bei alten Blennorrhoikern mit geringen, undeutlichen Symptomen einen großen Wert bei. Beherbergen solche Patienten noch einen Gonokokkenherd, so wird eine alsbald sich einstellende starke sekretorische Reaktion dies anzeigen, während eine solche beim Fehlen von Gonokokken ausbleiben wird. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verfasser bei frischen Fällen neben einer 2—3wöchigen Bettruhe subkutane Injektionen der Vakzine in der Stärke von 5 Millionen alle 3—4 Tage, sowie das reichliche Trinken von Infusum fol. uvae ursae; nach Beseitigung der akuten Erscheinungen wären noch warme Sitzbäder zu geben und eventuell Massage der Prostata. (Frage: Wie oft wird es gelingen, einen Patienten, der nicht, wie die M.schen Kranken, Soldat ist, wegen Urethritis 3 Wochen im Bett zu halten? Ref.) Philippi-Bad Salzschlirf.

Die kausale Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhöe des Mannes, von C. Bruck-Breslau. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) In einer kritischen Besprechung der vorstehenden Arbeit von Menzer bemerkt B., daß nach Beobachtungen an mehr als 100 mit Gonokokkenvakzine in der Breslauer Klinik behandelten Fällen irgend welche Heilerfolge bei Urethritis, im Gegensatz zu den schönen bei Epididymitis und Arthritis erzielten Resultaten, niemals zu verzeichnen sind. Er warnt dringend vor einer Überschätzung der Vakzinebehandlung, für die er selbst als erster in Deutschland für die bestimmten, speziell geeigneten Fälle ja eingetreten ist. Auch sei es durchaus ungerechtfertigt, zu behaupten, daß die jetzt gebräuchlichen Injektionsmittel nicht in erster Linie die Vernichtung der infizierenden Mikroorganismen anstrebten. Die von M. berichtete Herdreaktion nach der Impfung hat er selber nie mit irgend welcher Regelmäßigkeit beobachten können, doch sei diesem Punkte entschieden weitere genaue Aufmerksamkeit zu schenken Philippi-Bad Salzschlirf.

Weiteres zur Frage der Behandlung der Blennorrhöe beim Manne, von Menzer-Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Verfasser erwidert auf vorstehende Kritik von Bruck, indem er verschiedene Momente zugunsten der Vakzinetherapie anführt und namentlich auseinandersetzt, daß nach seinen eigenen Erfahrungen und nach Angabe verschiedener ihm bekannter Kollegen die Resultate der Injektionsmethoden in der Tat durchaus nicht als lückenlos gelten dürfen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mittels Vakzine, von J. L. Boehm-St. Louis. (Ther. Gaz., Jan. 1912.) Nach Ansicht des Verfassers ist die

Digitized by Google

urethrale Blennorrhöe in den meisten Fällen eine Mischinfektion von Gonokokken und Staphylokokken, besonders im chronischen Stadium, wenn die Prostata und die Samenbläschen beteiligt sind. Auf Grund dieser Überlegung verwendet Verfasser eine kombinierte Vakzine aus Gonokokken und Staphylokokken, die er mit Vorliebe subkutan in der Bauchwand injiziert. Er glaubt gute Erfolge damit gehabt zu haben, hat sich aber nie allein auf die Injektion verlassen, sondern andere Behandlungsmethoden damit kombiniert. Er verwendet eine käufliche Vakzine von Parke, Davis & Co.

W. Lehmann-Stettin.

Weitere Beobachtungen über die Wirkung der spezifischen Vakzine bei der Blennorrhöe der Frauen, von Dembskaja. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 39.) Die Vakzinebehandlung der Blennorrhöe der Frauen gibt in den Fällen ein gutes Resultat, wo die Blennorrhöe auf die Gebärmutter und die Tuben übergegangen ist, während sie bei der Blennorrhöe der Harnwege versagt. Die von der Verfasserin angewandte Vakzine enthält 100 000 000 getötete Gonokokken, wovon sie anfangs 0,5, später 1,0 bis 2,0 ccm injizierte. Die Injektionen wurden bald täglich, bald über einen Tag, bald zweimal in der Woche vorgenommen. Die zu häufigen Einspritzungen erwiesen sich nicht günstig.

Arth. Jordan-Moskau.

Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin Arthigon (Bauck), von F. H. Schultz-Breslau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.) Die akute Urethralblennorrhöe ließ einen sicheren Einfluß der Vakzinetherapie nicht erkennen. Bei einigen Fällen chronischer Urethritis mit dauernden Rezidiven war ihr Erfolg zweifelhaft. Dagegen zeigten unter 80 Fällen blennorrhoischer Epididymitis 70 eine deutlich günstige Beeinflussung durch Arthigon. Es wurden dabei 0,5 bis im ganzen 8,5 Arthigon in ein bis sieben Injektionen zu Einzeldosen von 0,5 bis 3,0 gegeben. Neben einer mäßigen Allgemeinreaktion (bis 40° Temperatur) wurde häufig auch eine Herdreaktion beobachtet, welche in vermehrten Schmerzen, Schwellung und Spannung sich kundgab. Nach dem Abklingen der Reaktion wurde eine sehr erhebliche Abnahme der Schwellung und der Druckempfindlichkeit beobachtet. Bei 10 Fällen war allerdings gar kein Einfluß der Arthigonbehandlung zu konstatieren. Unter zwölf Fällen von Funikulitis zeigten acht sehr erhebliche Abnahme der Schmerzhaftigkeit, der Schwellung und der Verhärtung in unmittelbarem Anschluß an die Injektion. Vier blieben unbeeinflußt. Zwei Fälle von Perizystitis und Cowperitis wurden sehr günstig beeinflußt.

Bei der chronischen Prostatitis (10 Fälle) wurde der Krankheitsverlauf in etwa der Hälfte der Fälle anscheinend günstig beeinflußt; namentlich bei zwei sehr chronischen, der sonstigen Therapie gänzlich refraktären Fällen war der Effekt ungemein prompt und ausgiebig, indem Schwellung und Schmerzhaftigkeit zurückgingen und die eitrige Sekretion nachließ.

Bei 16 Fällen blennorrhoischer Gelenkentzündung wurden zum Teil ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Auch hier konnte bisweilen eine Art Herdreaktion beobachtet werden, indem einige Stunden nach der Injektion die Gelenke anschwollen und schmerzten, worauf nach Abklingen der Allgemeinreaktion eine ganz wesentliche Besserung in den objektiven und subjektiven Phänomenen eintrat.

Bei der akuten Zervix- und Urethralblennorrhöe der Frauen gelang es in vereinzelten Fällen ohne jede Lokalbehandlung, über mehrere Monate andauernde Symptomfreiheit zu erzielen. Bei der Kombination mit Lokalbehandlung scheint diese wesentlich schneller und nachhaltiger wirksam zu sein.

Was die Dosierung betrifft, so wurden in ein bis sieben Injektionen Dosen von 0.3 bis 3,0 Arthigon intraglutäal verabreicht. Bei gleichmäßig fortschreitender Besserung

Digitized by Google

wird bei fieberhafter Reaktion nach 3 bis 4, bei geringerer Allgemeinreaktion nach 2 bis 3 Tagen wieder injiziert, im allgemeinen in den Dosen von 0,5, 1,0, 1,5, 2,0. Letzteres (2,0) wird eventuell mehrfach gegeben und nur in Ausnahmefällen, besonders bei sehr geringer Allgemeinreaktion noch zu höheren Dosen (bis 5 ccm) gegriffen. Ist der Heileffekt eklatant, so werden noch 1 bis 2 Injektionen angeschlossen. Gunsett-Straßburg.

Über Arthigonbehandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis kleiner Mädchen, von Stephanie Rygier-Breslau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.) Unter 4 Fällen waren 2 volle Heilerfolge, ein zweifelhafter und ein Mißerfolg zu verzeichnen. Die mit Erfolg behandelten Fälle gelangten allerdings bis zur Höchstdose von 5,0 pro dosi und zu einer Gesamtdose von 27,5 bzw. 17,25 Arthigon, während die beiden anderen Patientinnen nur bis 3,0 pro dosi und bis zur Gesamtmenge von 8,0 bzw. 10,5 Arthigon behandelt werden konnten. Gunsett-Straßburg.

Über Arthigonbehandlung der Blennorrhöe, von J. Simon-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Das Arthigon hat Verfasser an 33 Patienten erprobt, von denen 3 als nicht blennorrhoisch infiziert die Injektionen des differentialdiagnostischen Vergleiches halber erhielten. Um es gleich vorwegzunehmen, es konnte ein Unterschied in bezug auf die Reaktionsweise zwischen den Blennorrhoikern und den Nichtblennorrhoikern nicht festgestellt werden. Die Heilwirkung des Mittels äußerte sich am günstigsten bei den (16) Fällen von Epididymitis blennorrhoica, indem sofort, meist schon nach der ersten Injektion, die Schmerzen nachließen und bei der weiteren Fortsetzung der Behandlung die Entzündung schneller und viel vollständiger ausheilte als bei der sonst üblichen Therapie. Auf die Urethritis und Prostatitis hatte das Mittel dagegen nur geringen oder gar keinen Einfluß. Bei Arthritis (2 Fälle) war der Verlauf einmal günstig, einmal ungünstig. Die Injektionen erfolgten im allgemeinen in Abständen von 2 bis 3 Tagen in Dosen von 0,5 bis 2,0 ccm. Der therapeutische Erfolg schien mit der Höhe der fieberhaften Reaktion gleichen Schritt zu halten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Wert der internen Blennorrhöetherapie, von R. Polland-Graz. (Dtsch. med. Presse, 1910, Nr. 18.) Empfehlung des Aluminiumsubazetats in Form der Gelonida aluminii subacetici als vollwertiger Ersatz für andere Harnantiseptika.
Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung des Harnröhrentrippers beim Manne mit Argentum proteinicum (Heyden), von M. Oppenheim-Wien. (Med. Klinik, 1911, Nr. 32.) Das Argentum proteinicum hat einen Silbergehalt von 8,21%, gibt mit Eiweiß, Kochsalz und Schwefelammonium keine Fällung und gehört somit zu den Verbindungen, bei denen das Silber, an das Eiweißmolekül gebunden, ein neutrales Kolloid darstellt; es ist etwas löslicher und billiger als Protargol.

In 6 von 14 Fällen gelang dem Verfasser eine „abortive Heilung", worunter er allerdings Fälle mit Behandlungsdauer von 15—21 (!) Tagen versteht. Er ließ zu Hause zweimal täglich mit einer Lösung 0,3—1,0 : 200,0 injizieren und machte täglich eine Spülung der vorderen Harnröhre mit einem Liter einer ähnlich konzentrierten Lösung.

Die Behandlungsdauer bei der zweiten Gruppe von Fällen mit Urethritis anterior, wo nur zu Hause dreimal täglich injiziert wurde, ist allerdings geringer als die bei den Parallelfällen mit Argoninbehandlung, 58 bzw. 63,6 Tage im Durchschnitt, doch erscheint diese Ziffer absolut genommen bedenklich hoch. Von 52 Fällen wurde 20mal die Urethra posterior beteiligt, bei den entsprechenden Argoninfällen 32mal. Ebenso ist das Verhältnis der übrigen Komplikationen bei dem neuen Präparat günstiger als beim Argonin. Verfasser empfiehlt das neue Präparat zur Behandlung aller jener Fälle, bei denen Protargol indiziert ist. Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Die lokale Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhöe, von O. Kerin-Philadelphia. (Med. Record, Bd. 63, Nr. 22.) Verfasser verwendete das Argyrol in zahlreichen Fällen, und zwar bei ganz frischen Fällen 20%ig dreistündlich, in der Absicht, in 4—10 Tagen Heilung zu erzielen, bei Fällen, die nach Ablauf des zweiten Tages in Behandlung kommen, 10%ig. Bei Urethritis chronica posterior bringt er Argyrol 20%ig in Lanolinsalbe mittels Hohlsonde in die hintere Urethra.

Arthur Schucht-Danzig.

Die moderne Hefetherapie der Blennorrhöe, von Cronbach. (New York. med. Monatsschr., Bd. 22, Nr. 4 und 5.) Von allen Hefepräparaten ist nur die Xerose brauchbar. Sie wird am besten bei klinischer Behandlung wirken, wo bei dauernder Bettruhe zwei- bis dreimal täglich eine Neueinlage der Kugeln und wieder sachgemäße Entfernung der Rückstände erfolgen müßte. Haas-Hamburg.

Hegonon, ein neues Antiblennorrhoikum, von Ramon Garin-Madrid. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Die therapeutischen Erfolge des Hegonons sind denen des Protargols und Albargins schon gleich zu bewerten. Als wesentlicher Vorzug des Hegonons wird dessen leichte Löslichkeit und absolute Reizlosigkeit hervorgehoben.

Albert Kunst-Dresden.

Zur Frühbehandlung der Blennorrhöe, von Ernest Spitzer. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Verfasser tritt für den möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung ein. Er verordnet Protargol 5%, Ichthargan 0,5% und Arg. nitr. $^1/_4$—$^1/_2$% und läßt diese Medikamente nach 6—12—24 Stunden, je nach Reizung und Schmerzhaftigkeit, wieder einspritzen. Er behauptet, nach 2—3 Tagen ein gonokokkenfreies Sekret zu finden. Nach 2—5 Tagen eine schwächere Lösung und schließlich Adstringentien. Chrzelitzer-Posen.

Klinische Beiträge zur Kollargolbehandlung des Tripperrheumatismus und anderer akuter Folgezustände des Trippers, von Gennerich-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Sowohl für die akuten und subakuten Gelenkerkrankungen nach Gonokokkeninfektion, als auch für Epididymitis und auch Blasenaffektionen hat G. das Kollargol sehr bewährt gefunden. Für die Zystitis sind tägliche Instillationen von 100 ccm einer $^1/_2$—1%igen Lösung 2—3 Wochen lang zu geben. Für die anderen Affektionen wird die intravenöse Applikation von 7—10 bis allenfalls 15 ccm einer 1%igen Lösung des (billigeren) Argentum colloidale empfohlen. Die Lösung ist täglich neu mit frisch destilliertem Wasser anzusetzen und $^1/_2$ Stunde im Wasserbade bei 100° C zu sterilisieren. Die betreffende Dosis wird in der üblichen Weise am Oberarm langsam in 2—3 Minuten injiziert. Die im Detail mitgeteilten Krankengeschichten von 10 als Beispiele ausgesuchten Fällen fordern entschieden zur Nachprüfung auf.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Bemerkungen über ein neues Antiblennorrhoikum: Onotoxin oder Gonojodin, von Ernst Paul-Olmütz. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Das Präparat entstammt dem „Laboratorium für Therapie in Dresden-A." Nähere Angaben fehlen. P. empfiehlt das Mittel zu reizlosen Injektionen bei akuten Fällen.

Schourp-Danzig.

Über neuere Blennorrhöebehandlung, von Hecht und Klausner-Prag. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 20.) Der erste Teil der Arbeit bezieht sich auf die Behandlung der Blennorrhöe nach Schindler mit Protargol unter gleichzeitiger Atropindarreichung; die Verfasser halten das Verfahren auf Grund ihrer zahlreichen Erfahrungen für ein sehr gutes und die Behandlungsdauer abkürzendes.

Ferner werden eine Reihe von Fällen angeführt, welche die guten Resultate

Digitized by Google

anderer Verfasser mit Arthigon bei den Komplikationen der Blennorrhöe bestätigen; allerdings wurden auch Versager beobachtet. Arthur Schucht-Danzig.

Syrgol in der Blennorrhöebehandlung, von E. Mettler-Rorschach. (Schweizer Corresp.-Bl., 1911, Nr. 17.) M. räumt dem Syrgol den ersten Rang unter allen Injektionsmitteln ein. Schourp-Danzig.

Die Stellung des Allosans in der Reihe der internen Antiblennorrhoika, von Georg Hädicke-Berlin. (Allg. med. Centralztg., 1911, Nr. 34.) Empfehlung des Präparates, des Allophansäureäthers des Santalols, wegen der Geruch- und Geschmacklosigkeit, des Fehlens von Nierenreizung, der Annehmlichkeit und Bequemlichkeit im Gebrauch. Schourp-Danzig.

Mitteilung über Allosan, von Max Arenstein-Berlin. (Klin.-ther. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Lob des Mittels wegen seiner Erfolge bei akuter Blennorrhöe. Schourp-Danzig.

Akute Blennorrhöe und ihre Behandlung, von Day-Louisville Kg. (Med. Progress, 1910, Nr. 295.) Eine Gonosanempfehlung. Arthur Schucht-Danzig.

Über Santhyl-Knoll, von Mehlhorn. (Centralbl. f. d. ges. Ther., 1911, Heft 8.) Verfasser lobt die absolute Reizlosigkeit und ausgezeichnete Wirkung, erprobt in 250 Fällen von Blasenerkrankungen bei Frauen, auch nicht blennorrhoischer Natur. Haas-Hamburg.

Über die kombinierte Behandlung der Blennorrhöe, von Wilhelm Karo. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 14.) Verfasser empfiehlt Bukkosperinkapseln (Bals. Copaiv., Extr. Bucco āā 0,3, Hexamethylentetramin 0,1, Acid. salicyl 0,05), da sie bei vorzüglicher Wirksamkeit keine Nebenerscheinungen verursachen (s. auch Dtsch. Med.-Ztg., 1911, S. 859). Richard Frühwald-Leipzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Zur Frage der Zeit des Einzugs der Syphilis in Europa und über das Alter der Syphilis überhaupt, von Tschlenow. (Med. Obosrenje, 1912, Nr. 1, S. 53.) Eine literarisch-kritische Betrachtung. Arth. Jordan-Moskau.

Statistik der Syphilis in den Armeekorps, von Granjux. (Bull. d. l. soc. franç. d. prophylaxie san. et mor., Dez. 1911.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Öffentlichkeit und Syphilis, von Isadore Dyer. (Interstate med. Journ., 1911, Nr. 1.) Da die Syphilis eine soziale Gefahr bildet, ist es nicht angängig, daß es aus falscher Scham vermieden wird, die sie betreffenden Fragen öffentlich zu besprechen. Im Gegenteil sollen die berufenen Faktoren (Gesetzgebung, Ärzte) für möglichste Verbreitung der Kenntnis der Syphilis sorgen, damit jeder sich vor ihr bewahren könne. Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis und Prostitution in Shakespeares Dramen, von Hermann Schelenz-Kassel. (Klin.-ther. Wochenschr., 1911, Nr. 32—34.) Literarisch-historische Skizze. Schourp-Danzig.

Die Syphilis und die Reglementation der Prostitution, von Léonce Relu. (Inaug.-Dissert., Montpellier 1911, Nr. 27.) Fritz Loeb-München.

Syphilis als Todesursache in Bayern in den Jahren 1881—1910. (Ztschr. des k. bayer. statist. Landesamtes, 1912, 44. Jahrg., Nr. 1.) Es starben an Syphilis in Bayern in den 5 Jahrfünften 1886—1890, 1891—1895, 1896—1900, 1901—1905, 1906—1910: jährlich im Durchschnitt je 165, resp. 187, resp. 235, resp. 248, resp. 228

Digitized by Google

Personen. Im Durchschnitt starben in den gleichen Jahrfünften auf 100000 Einwohner berechnet an Syphilis jährlich: 3,0, 3,3, 4,0, 3,9, 3,4. Auf je 1000 Gestorbene berechnet starben an Syphilis: 1,1, 1,3, 1,6, 1,7, 1,7. Fritz Loeb-München.

Das medizinische Testament des Syphilitikers, von J. Darricarrère. (Bull. méd., 1912, S. 1096.) Verfasser bespricht einen Fall von Granjux, wo eine von ihrem Manne infizierte Frau erst als sie nach dessen Tode wieder heiraten wollte, Kenntnis von ihrem Leiden erhielt. Wenn D. auch das Vorgehen des Arztes für richtig hält, so bleiben doch Bedenken zurück, da die Frau leicht andere infizieren kann und auch den Spätfolgen der Syphilis ausgesetzt ist. Verfasser schlägt daher vor, der Arzt solle jeden verheirateten Syphiliskranken seiner Behandlung veranlassen, in einem Testamente seinen Angehörigen die Syphilis zu gestehen. Er führt auch ein praktisches Beispiel an. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis im Jahre 1912. (Paris méd., 1912, Nr. 14.) Da die Störungen nach Salvarsan (Kongestion, Vomitus, Diarrhöen) nur zustande kommen durch eine ungenügende Alkaleszenz der Injektionsflüssigkeit und durch die nicht genügend neutrale, d. h. eher saure Blutreaktion mancher Individuen, so kann man diese Störungen vermeiden oder, wenn sie da sind, bekämpfen. Die Lösungen müssen stark alkalisch sein und der Kranke muß eine Diät genießen, welche dem Blutplasma eine basische Reaktion verleiht (Milch, Mehlspeisen, Kartoffeln, alkalische Mineralwässer). Treten die Störungen doch auf, so muß sofort Sodalösung injiziert werden. Da man weiß, daß 24 Tropfen einer 15%igen Sodalösung genügen, um 0,6 g Salvarsan zu neutralisieren, so müssen z. B. einem Kranken, der 0,3 g Salvarsan erhalten hat, 12 Tropfen dieser Lösung in 120 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt eingespritzt werden. Verschwindet trotzdem der Symptomenkomplex nicht und folgen sogar epileptiforme Anfälle, welche durch vermehrten Druck der nervösen Zentren hervorgerufen werden, so muß man zur Lumbalpunktion schreiten. A. Gunsett-Straßburg.

Neuzeitliche Fortschritte in der Erkennung, Behandlung und Verhütung der Syphilis, „Hunterian Lectures", von H. C. French. (Lancet, 11. und 18. Nov. 1911.) An den neueren diagnostischen Hilfsmitteln zur Feststellung der Diagnose der Lues übt Verfasser zunächst eine ziemlich scharfe Kritik und zählt eine Reihe von Mißerfolgen beim Aufsuchen der Spirochäten und bei der Ausführung der Serodiagnose auf. Man wird ihm allerdings darin beistimmen, daß trotz der modernen Untersuchungsmethoden die exakte klinische Beobachtung das Fundament und den Drehpunkt für das ärztliche Handeln immer noch abgeben muß. In bezug auf die Therapie stellt F. das Quecksilber immer noch an erste Stelle und verlangt von den neuen Arsenikpräparaten einschließlich dem Salvarsan weitere Beweise ihrer Leistungsfähigkeit und der Möglichkeit, sie ohne Nachteil zu verabreichen. Zugunsten der Quecksilberbehandlung führt er namentlich die Resultate bei den Garnisonen von Malta und von Woolwich an, wo seit Einführung der Behandlung mit grauem Öl im Jahre 1904 die Zahl der wegen Syphilis zu behandelnden Soldaten bei Steigerung der Präsenzstärke stetig abgenommen hat. In Woolwich fiel die Zahl der Aufnahmen im Lazarett von 331 im Jahre 1904 auf 53 im Jahre 1908. Im Krankenhaus wurden vom Jahre 1905 ab Schmierkuren vorgenommen, während die ambulanten Fälle Einspritzungen erhielten. Auf der Insel Malta mit einer Besatzung von 7000 Mann war nur ein einziger syphilitischer Patient im Lazarett, während die Gesamtziffer der mit Syphilis behafteten (aber dienstfähigen) Soldaten 160 betrug. Frische Infektionen wurden im Jahre 1911 nur 4 notiert gegenüber 87 im Jahre 1909 und 35 im Jahre 1910. Diese günstigen Verhältnisse begründet F. teils durch die wirksame Medikation, teils durch die Isolierung aller infizierten Männer und Frauen im Krankenhaus während einiger Wochen der größten Virulenz und teils auf das dort

Digitized by Google

durchgeführte System einer vertraulichen Anmeldung, welche für beide Geschlechter gleichmäßig vorgeschrieben ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Syphilis, von Dind. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 1.) Einer kurzen Darlegung der Änderungen, welche die neueren Forschungsresultate in der Beurteilung der Syphilis gebracht haben, läßt der Verfasser einen Bericht über seine Erfahrungen an 1216 Wassermannschen Reaktionen folgen, welche vollkommen mit den guten Resultaten anderer Untersucher übereinstimmen und geht dann ausführlich auf die Resultate seiner Salvarsanbehandlungen über. Er hat im ganzen 700 intravenöse Salvarsaninjektionen an 280 Kranken und 5 intramuskuläre an 2 Kindern von 4 und 8 Jahren vorgenommen. Unangenehme Zufälle sind dabei nie vorgekommen. Ein alter Tabiker mit konkomitierender Tuberkulose starb 3 Monate nach einer Injektion, ein alter Syphilitiker mit tuberkulöser Meningitis, der im Koma 0,1 Salvarsan erhielt, starb am gleichen Tage, und eine Kranke mit Lymphosarkom starb an Glottisödem infolge Kompression 14 Tage nach einer Injektion von 0,4, Todesfälle, welche in keiner Weise dem Salvarsan zugeschrieben werden können. Hervorzuheben ist, daß der Verfasser seit Einführung der Salvarsantherapie ganz auf das Quecksilber verzichtet hat. Was die Resultate anbelangt, so konnte er im Primärstadium bei früher Inangriffnahme der Therapie bei 9 Fällen, die wenigstens 60 Tage und bis zu 190 Tagen beobachtet werden konnten, keine Sekundärerscheinungen finden. Von im Sekundärstadium in die Behandlung gekommenen Fällen zeigten nur 4 (von 320) Rezidive, so daß sich direkt ein Mangel an sekundären Rezidiven für Studentendemonstrationen fühlbar machte. Natürlich hält D. diese Fälle nicht alle für geheilt, besonders da oft die Wassermannsche Reaktion noch positiv blieb, erkennt aber das Freisein von Symptomen schon als einen ungeheuren Fortschritt an. Von Neurorezidiven wurden nur 2 ganz benigne Fälle beobachtet. Infolgedessen ist der Verfasser eher geneigt, dieselben als selten anzusehen. Eine junge Frau bekam 14 Tage nach 0,4 Salvarsan eine unkomplette Taubheit beiderseits, welche auf eine erneute Injektion von 0,5 sofort besser wurde. Bei einer anderen jungen Frau trat dieselbe Erscheinung nach 0,5 auf. Es wurden dann mit 8tägigem Intervall nochmals zweimal 0,5 g Salvarsan gegeben, worauf die Taubheit vollkommen verschwand. A. Gunsett-Straßburg.

Eindrücke und Erfahrungen über Syphilisverlauf und Behandlung, von Orlowski-Berlin. (Würzb. Abhandlg., Bd. 12, Heft 5.) Es gibt eine Syphilis d'emblée. Der Syphiliserreger dringt in das Saft- und Blutsystem des Körpers ein, ohne offensichtliche Syphilissymptome zu zeigen, weder an der Eintrittsstelle, noch durch Drüsenveränderungen. Selbst das Fahnden nach Spirochäten ist oft ergebnislos. Besteht ein Primäraffekt, so ist die chirurgische Entfernung zu empfehlen. Wenn sich auch keine weiteren Symptome entwickeln, so ist die weitere Beobachtung dringend notwendig, nicht zu vergessen die Wassermannsche Reaktion nach Ablauf der ersten 6 Wochen, welche aber schließlich auch im Stiche lassen kann, weil nach verschiedenen Beobachtungen die zweite Inkubationsdauer sehr oft überschritten wird, die sich bis auf 6 Monate erstrecken kann. Ganz besonders ist auf die Differentialdiagnose der Plaques muqueuses, die gar nicht oder wenig schmerzhaft sind, gegenüber der Bednarschen Aphten zu achten, die sehr schmerzhaft sind, symmetrisch am Gaumen sitzen, ohne Infiltration, grauweiß mit rotem Saum aussehen. Was das Exanthem anlangt, so kann es auch oft fehlen. Hier muß die Wassermannsche Reaktion die nötige Aufklärung schaffen. Es gibt sehr viele Luetiker, die nie eine Ahnung von ihrer Erkrankung haben, bis durch Auftreten metaluetischer Symptome und durch Wassermann der bisher dunkle Fall aufgeklärt wird. Der Verfasser tritt dann für die Anwendung des Ol. cinerum bei der Behandlung ein. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Die allgemeine Prognose der Syphilis, von A. Bayet. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 2.) Verfasser bespricht an der Hand von Statistiken die Sterblichkeit der Syphilitiker und tritt für weitgehendste Anwendung der Wassermannschen Reaktion ein, die eine Änderung der Prognose zu bewirken imstande ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Hautallergie bei Syphilis; ihre diagnostische und prognostische Bedeutung, von H. Noguchi-New York. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 45.) Mit einer aus Reinkulturen von Syphilisspirochäten hergestellten, bei 60° C im Wasserbade sterilisierten und mit 0,5% Karbolsäure versetzten Emulsion, welche Verfasser der Kürze wegen „Luetin" benennt, hat er zunächst an Kaninchen und dann an einer größeren Reihe von teils syphilitischen, teils gesunden oder mit nicht syphilitischen Affektionen behafteten Menschen Beobachtungen angestellt. Es handelte sich darum, festzustellen, ob eine kutane Impfung mit diesem Präparate eine spezifische Reaktion an der Haut bei syphilitischen Individuen hervorrufen werde. Dies war in der Tat der Fall. Bei 8 normalen Kaninchen ergab die Impfung an der rasierten Haut gar keine Reaktion, während bei den mit Spirochäten infizierten Tieren eine ausgesprochene Induration, breites Erythem und gelegentlich die Entwicklung steriler Pusteln als Folgen hervortraten. Bei den 46 zur Prüfung verwendeten normalen Menschen und 100 nicht syphilitischen Patienten war die Wirkung der an dem einen (linken) Arm mit Luetin ausgeführten Impfung keine intensivere als die Reaktion auf die am anderen (rechten) Arm mit einer auf ähnliche Weise aber ohne Spirochätenzusatz hergestellten Kontrollflüssigkeit ausgeführte Injektion. Es geht aus den mitgeteilten Beobachtungen hervor, daß diese Probe also als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel auf dem Gebiete der Syphilis bezeichnet werden kann zur Unterstützung der klinischen und sonstigen serologischen Untersuchung. In manchen späten Fällen von latenter Syphilis war die Luetinreaktion positiv bei negativem Wassermann; auf der anderen Seite konstatierte N. in den früheren Stadien gelegentlich auch ein umgekehrtes Resultat. Fälle mit deutlich erkennbaren klinischen Erscheinungen der Syphilis betrachtet N. als entschieden infaust, wenn die Luetinprobe negativ ausfällt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Wie reagieren Syphilitische auf Tuberkulin? von A. Augagneur. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Behandlung der Syphilis bei Graviden. (Bull. méd., 1912, S. 300.) Im wesentlichen eine Diskussion über die Existenz einer paternen Vererbung der Syphilis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Infektiöse Erkrankungen und Schwangerschaft. Syphilis und Schwangerschaft, von L. Mangiagalli. (Riforma med., 1912, Nr. 6 und 7.) Eine eingehende Besprechung der Rolle, welche die Syphilis in der Gravidität spielt, an der Hand der neueren Literatur, ohne Mitteilung neuer Tatsachen. A. Gunsett-Straßburg.

Initialsklerose des Kinns, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1911, Nr. 24.) Enthält nichts Erwähnenswertes. A. Gunsett-Straßburg.

Syphilitische Reinfektion, von F. C. B. Gittings. (Brit. med. Journ., 20. April 1912.) Daß man bei der Diagnose der syphilitischen Reinfektion stets sehr vorsichtig verfahren muß, zeigt folgender Fall: Ein 28jähriger Mann schien nach zweijähriger merkurieller Behandlung geheilt zu sein. Die Wassermannsche Reaktion, an zwei verschiedenen Instituten ausgeführt, fiel aber beide Male positiv aus. Bei der bald darauf erfolgenden Vorstellung des Kranken zeigte sich der Sitz des alten Primärsyphilids deutlich geschwollen und nach weiteren 6 Wochen war die Stelle trotz Hg-Darreichung ulzeriert und reichlich spirochätenhaltig. Pat. hatte sich 5 Wochen zuvor wieder einer Infektionsgefahr ausgesetzt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Lues maligna mit hämorrhagischen Exanthemen, von Oskar Seiffert. (Inaug.-Dissert., Breslau 1911.) Es handelt sich um zwei ausführlich geschilderte Fälle. Bei beiden fehlte die Eingangspforte der Infektion. Die Genitalien beider Pat. waren frei von syphilitischen Erscheinungen und auch im weiteren Verlauf sind sie von Manifestationen der syphilitischen Infektion verschont geblieben. Bemerkenswert ist noch das Freibleiben der Schleimhaut. Nur eine einzige Drüse war bei der einen Pat. zu palpieren, und die Möglichkeit liegt nahe, daß diese einzige Drüsenschwellung schon vor der syphilitischen Infektion bestand. Die beiden mitgeteilten Fälle bestätigen die Tatsache, daß die pustulöse Form der Effloreszenzen mit der ausgesprochenen Neigung zum Zerfall und Bildung von Ulzerationen für die Syphilis maligna typisch ist. Ungewöhnlich und deshalb in diagnostischer Hinsicht irreführend war der überaus plötzliche Ausbruch des Exanthems, das zuerst für Varizellen gehalten wurde, das tatsächlich aber ein syphilitisches war. Bei der betreffenden Patientin war gerade der Umstand, daß sie, nach der inneren Abteilung verlegt, ein so schweres Krankheitsbild darbot, hoch bis 40° fieberte, über heftige Kopfschmerzen klagte, so frappierend, daß allerseits an Variola vera gedacht wurde. Schamberg-Philadelphia (Journ. amer. med. assoc., Bd. 38. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 64, S. 292) berichtet, daß bei einer von ihm beobachteten Pockenepidemie unter 1900 Fällen 4 Fälle von frischer Syphilis ins Krankenhaus kamen. Als differentialdiagnostisches Kriterium will er besonders die Entstehungsgeschichte, die Art des Ausbruches der Krankheit, die bei Blattern gewöhnlich sehr rasche Verbreitung des Exanthems, berücksichtigt wissen; aber gerade das alles ließ bei der Patientin Seifferts völlig im Stich oder sprach sogar viel mehr für Variola als für Lues, deren Möglichkeiten besonders wegen der an den Fußsohlen aufgetretenen Effloreszenzen immer im Auge behalten wurde, und zwar mit Recht, wie das Bild zeigte, das die Patientin nach ihrer Rückverlegung von der inneren Abteilung bot. Es fand sich nämlich dann ein mehr oder weniger in Zerfall resp. Geschwürsform übergegangenes syphilitisches Exanthem mit hämorrhagischem Charakter. Die rote Zone um die einzelnen Effloreszenzen, die, als ein akut entzündlicher Bezirk erscheinend, zuerst zu der Diagnose Varizellen resp. Variola geführt hatte, war, wie man aus der Weiterentwicklung deutlich erkennen konnte, nur durch Blutaustritte bedingt. Auch hatten die, die Form und den Aufbau der Rupia syphilitica zeigenden krustösen Auflagerungen eine schwarzbraune Farbe, ebenso wie der Grund der Effloreszenzen, deren Schorf bereits abgelöst war, ein stark blutigrotes Infiltrat zeigte. Das Vorstadium dieses Exanthems mag wohl so gewesen sein, wie es die zweite Pat. bei ihrer Hospitalaufnahme bot. Hier handelte es sich um ein soeben entstandenes oder vielmehr entstehendes hämorrhagisches pustulöses Syphilid; daß es nicht zu solcher Ausbreitung und Weiterentwicklung wie im anderen Fall kam, ist einzig und allein der sogleich eingeleiteten energischen Hg-Therapie zu verdanken. — Weitere klinische Einzelheiten müssen im Original studiert werden.

Prognostisch ist die maligne Syphilis durchaus nicht so ungünstig zu beurteilen, wie es von vornherein den Anschein hat. Ja es scheint sogar, daß die Erkrankung, nachdem sie mit so stürmischen Erscheinungen einsetzend sich ausgetobt hat, leichter zur definitiven Heilung kommt, als unter normalen Verhältnissen. Jedenfalls sind Rezidive nach maligner Lues selten, die metasyphilitischen Erkrankungen: Tabes und Paralyse nicht häufiger beobachtet worden, als nach der gewöhnlichen.

Fritz Loeb-München.

Zur Behandlung schwerer Formen der Lues (Lues maligna), von Constantin v. Ibtel-Tiflis. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 14.) Leichte und mittelschwere Formen der Syphilis werden ganz gut mittels Injektionen löslicher Quecksilbersalze, wie Hydrargyrum benzoicum, Sublimat, oder mittels innerer Medikamente, wie Mergal,

Digitized by Google

Merjodin, Quecksilberglidin beeinflußt; schwere Formen aber verlangen zu ihrer Heilung viel kräftiger wirkende Medikamente, unlösliche Quecksilbersalze, besonders Hydrargyrum chronicum oxydulatum und organische Arsenpräparate, wie Salvarsan. Endlich gibt es Syphilisformen, welche weder durch Quecksilber, noch durch Salvarsan beeinflußt werden. Bei diesen bewährt sich besonders das Arsentriferrin Knoll. Diese Anschauung stützt der Verfasser durch eine Reihe von Krankheitsgeschichten eigener Beobachtung. Schourp-Danzig.

Progressive Kachexie bei Syphilis, von Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 16.) Eine junge Kranke wurde wegen syphilitischen Sekundärerscheinungen mit 19 Spritzen Hg bijod. behandelt. Bald darauf wurde sie kachektisch, bekam heftigen Tremor und hatte Schmerzen im Rektum. Man fand ein großes Geschwür, das in eine Höhle führte. B. hält dieses weder für syphilitisch noch für tuberkulös, sondern glaubt eher an eine merkurielle Kachexie und an dieselbe Genese der Ulzeration.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über das tertiärsyphilitische Fieber, von P. Sisto-Turin. (La clin. med. ital., 1911, Nr. 6.) In der Tertiärperiode der Lues kommt das Fieber seltener als im Sekundärstadium vor. Dieses Fieber ist als ein Symptom der luetischen allgemeinen Toxikämie aufzufassen. Am besten bewährt sich die Diagnose ex juvantibus. K. Rühl-Turin.

Versuch einer neuen Auffassung der Parasyphilis, von Danlos. (Presse méd., 1911, Nr. 100.) Danlos möchte als Ätiologie der Parasyphilis die Imprägnierung des Körpers mit Antikörpern ansprechen und gründet auf diese Hypothese eine neue Therapie. Da nach den Untersuchungen von Bordet und Gengou Antigen, Antikörper und Komplement zusammengebracht sich neutralisieren, so macht er den Vorschlag, durch Injektion von Komplement und Antigen (d. h. Lipoidsubstanzen) die schädigende Wirkung der Antikörper im Blute aufzuheben. Gunsett-Straßburg.

Die Differentialdiagnose der Syphilis und Parasyphilis des Nervensystems, von F. W. Mott-London. (Lancet, 18. Nov. 1911, und Brit. med. Journ., 18. Nov. 1911.) Der Artikel gibt eine eingehende und instruktive Darlegung des Gegenstandes und einen Bericht über mehrere sehr bemerkenswerte Fälle aus der Praxis des Verfassers, eignet sich aber nicht zur Wiedergabe im Referat. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Parasyphilis des Kindesalters, von Robt. Königstein-Wien. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3793.) Die Parasyphilis, die nicht immer leicht von der hereditären Syphilis zu trennen ist, da die Symptome ineinander übergehen, äußert sich nach Verfasser, der hierin den bekannten Lehren Fourniers folgt, in Dystrophie der Zähne, wozu zu rechnen sind Erosionen, Kleinheit, leichte Verletzlichkeit und Unregelmäßigkeit. Wenn auch außer dem Syphilistoxin noch andere toxische und trophische Störungen ähnlich wirken können, so kommt doch die Syphilis als häufigster ätiologischer Faktor in Betracht. Sonstige Symptome sind: Hypoplasie und Dysplasie einzelner Körperteile, Mißbildungen der Augenlider, der Iris, der Chorioidea, Refraktionsanomalien und Strabismus. Häufig beteiligt sind das Gehör, die Nasenhöhlen, Herz und Blutgefäße. Zu erwähnen sind noch die Hypoplasie der Hoden, Ovarien, des Uterus und der Vagina. Wird das Kind auch normal und gesund geboren, so kann doch bald unter den Erscheinungen von Anämie und Atrophie der Tod eintreten. Beim Erreichen eines höheren Alters kann der ganze Organismus in einem infantilen Zustand verharren. Nach Parrot und Fournier ist auch Rachitis metaluetischen Ursprungs. Auch Hämorrhagie, Anämie und paroxysmale Hämoglobinurie sollen auf metaluetischer Dyskrasie beruhen. Ebenso Idiotie, Imbezillität und geistige Schwäche, wobei aber wahrscheinlich noch der Alkoholismus der Erzeuger eine Rolle spielt. Das hervorstechendste Symptom der Tabes dorsalis der Kinder ist die Atrophia nervi optici, Asthenopie und Blasenschwäche, während

Digitized by Google

Ataxie und Gürtelgefühl fehlen. Außer Dementia paralytica rechnet Verfasser zur Parasyphilis noch die Littlesche Krankheit (kongenitale spastische Paralyse), die Porenzephalie, Mikrozephalie, die Atrophie der Hirnhemisphären und den kongenitalen Hydrozephalus. Fendt-Wiesbaden.

Zur Ätiologie der Metasyphilis, von A. Villinger-Altona. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Zum obigen Thema bringt Verfasser die Krankengeschichte eines fast 15 Jahre hindurch beobachteten Mannes, dessen durchaus zweckmäßig behandelte Syphilis zeitweilig zu Tabes resp. zu Meningomyelitis ausarten zu wollen schien, aber zurzeit einem vollständigen Wohlbefinden Platz gemacht hat. Pat. hat sich 5 Jahre nach der Infektion verheiratet, und die Frau hat nachher auch luetische Erscheinungen zeitweilig dargeboten, hat aber später zwei anscheinend gesunde Kinder geboren. Pat. klagte zuerst im achten Jahre seiner Krankheit über Attacken von Schmerzen von teils rheumatischer, teils lanzinierender Art; dazu kamen leichte Sprachstörungen, Herabsetzung der sexuellen Libido und ein gewisser Grad von Blasenschwäche. Als ein besonders bemerkenswertes Symptom hebt Verfasser hervor, daß den Attacken mit großer Regelmäßigkeit ein Gefühl von dumpfer Spannung in der Leistengegend voranging, und daß die Drüsen an dieser Stelle dann stärker geschwollen erschienen. Verfasser wirft die Frage auf, ob man gegebenen Falles zur Bekämpfung von Spätaffektionen solche Drüsen als den Herd der vermutlich nur noch in vereinzelten Exemplaren überlebenden Spirochäten durch einen chirurgischen Eingriff zu beseitigen wagen dürfte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die verschiedenen Methoden der Materialentnahme bei der Untersuchung syphilitischer Läsionen auf Spirochäten, von Drag. Wladissavlievitch-Belgrad. (Semaine méd., 1912, Nr. 10.) Bei der systematischen Untersuchung von Spirochätenpräparaten auf die Langlebigkeit dieser Organismen, fand der Verfasser, daß dieselben viel schneller in lufthaltigen Präparaten zugrunde gehen, als in solchen, in welchen die Luft sorgfältig verdrängt worden war. Infolgedessen hält er es für unnötig, bei der Materialentnahme Gewebe abzukratzen. Es genügt, die Läsion mit steriler Gaze oder mit Petroläther abzuwischen und das nach kurzer Zeit hervorquellende Serum zu untersuchen. Ist die Läsion groß, so nehme man besonders die Ränder zur Untersuchung her.

A. Gunsett-Straßburg.

Lokalisation der Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis bei Abwesenheit histologischer Veränderungen und von Spirochäten in den übrigen inneren Organen, von Alfred Scott Warthin-Ann Arbor, Mich., und E. J. Snyder-Detroit. (Journ. amer. med. assoc., 9. März 1912.) Verfasser wiesen bei zwei kongenitalsyphilitischen Säuglingen im Herzmuskel Spirochaetae pallidae nach, während diese in sämtlichen anderen inneren Organen, ausgenommen das Leberblut im zweiten Falle, fehlten. Die makroskopischen Veränderungen des Herzmuskels können sehr gering sein, so daß nur der Spirochätennachweis entscheidet. Fendt-Wiesbaden.

Tierexperimenteller Nachweis, Züchtung und Färbung des Syphiliserregers, von Carl Spengler-Davos. (Schweizer Corresp.-Bl., 1911, Nr. 15.) „Die Spirochaeta pallida ist eine Scheinfadenwuchsform des alkohol- und säurefesten Syphilis-Ovoidbazillus und dem Warmblüterorganismus von Mensch und Kaninchen eigentümlich. Der Spirochätenscheinfaden ist die Ursache des Ulcus durum und mit Korn und seltenen Stäbchen auch der Sekundärsyphilis. Korn und Stäbchen sind die Hauptrepräsentanten der Tertiärsyphilis. Alle Wuchsformen sind züchtbar. Das Stäbchen ist die kulturstabilste Form. Ganz selten sind relativ kulturstabile Spirochätenstämme und Körner. Das sensibilisierte Kaninchen ist ein äußerst feines Reagens zum Nachweis spärlicher Keime im Blut, Peritonealflüssigkeit usw. auch latent Syphilitischer.

Digitized by Google

Zahlreiche Phthisen mit kopiösem Sputum beruhen auf einer echten Syphilis-Tuberkulosemischinfektion ohne klinische Symptome manifester Syphilis. Im Sputumkern findet man nach GIEMSA neben Tuberkuloseerregern oft massenhaft Spirochäten vom Pallida- und vom Refringenstypus, die sich tierexperimentell und kulturell als echtes Syphilisvirus herausstellen." Schourp-Danzig.

Zur Intrakutanreaktion bei Syphilis, von G. NOBL und K. FLUSS-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 13.) Basierend auf den Arbeiten von SCHERESCHEWSKY, MUEHLENS und HOFFMANN ist es NOGUCHI gelungen, einwandfreie virulente Reinkulturen der Syphilisspirochäten herzustellen, die er bis in die 25. Generation weiter gezüchtet hat. Zur Erforschung der Kutisreaktion benutzt NOGUCHI die in Aszitesagar anaerob fortgezüchtete und bei 60° C abgetötete, dann mit 0,5%iger Karbollösung versetzte Reinkultur der Spirochäten. Eine solche Suspension, aus welcher nur mehr sterile Ausstriche resultierten und welche bei Tieren nicht mehr infektiös war, benannte er Luetin und erzielte damit bei Kaninchen nach 48 Stunden eine deutliche Pustelbildung. Beim Menschen zeigten primäre und sekundäre Fälle nach erfolgreicher kombinierter Behandlung meistens eine stark positive Reaktion, während solche mit manifesten Erscheinungen meist keine hatten. Von Müttern von hereditärsyphilitischen Kindern, die selbst ohne syphilitische Erscheinungen waren, hatten 24 unter 30 eine positive Hautreaktion (dabei schwachen oder negativen WASSERMANN). Die Verfasser haben an etwa 100 Fällen die Luetinprobe nachgeprüft und eine Reihe bemerkenswerter Resultate erhalten, erklären sich aber vorläufig außerstande, ein definitives Urteil über die Spezifität der Reaktion abgeben zu können. W. Lehmann-Stettin.

Experimentelle Kaninchensyphilis, von UHLENHUTH und MULZER. [UNNA-Festschrift, II. Teil (Dermatol. Stud., Bd. 21.)] Verfasser haben syphilitisches Material auf die Hoden von Kaninchen und von dort die Impfprodukte auf neue Tiere verimpft und zwar wieder in die Hoden oder in die Blutbahn. Dabei hat sich gezeigt, daß die Virulenz von Passage zu Passage gestiegen ist. Verfasser halten es nach ihren Versuchen für sehr wahrscheinlich, daß auch eine Allgemeininfektion entsteht. Einmal haben Verfasser bei einem Kaninchen, das mit dem Leber-, Milz-, Knochenmarkbrei eines lokal an beiden Hoden erkrankten Kaninchens intraskrotal geimpft worden war, drei Monate nach der Impfung eine typische Periorchitis syphilitica feststellen können. Eine Generalisierung des syphilitischen Virus konnten aber die Verfasser weiterhin durch intravenöse und intrakardiale Injektion größeren spirochätenhaltigen Materials hervorrufen. Eine Immunität für weitere Impfungen scheinen die syphilitischen Hodenerkrankungen dem Kaninchen ebensowenig wie die stärksten syphilitischen Augenerkrankungen zu verleihen. Auch bilden sich nach den bisherigen Beobachtungen im Serum erkrankter oder intravenös geimpfter Kaninchen keine spezifischen Agglutinine. Kobligk-Dresden.

Nutzen der WASSERMANNschen Reaktion in einer medizinischen Abteilung, von O. WEILL. (Journ. de Bruxelles, 1911, Nr. 51.) Verfasser hat wahllos bei den Patienten einer inneren Abteilung die WASSERMANNsche Reaktion vorgenommen und fand bei 225 Kranken 64 = 28,44% positive Resultate. Jedesmal ließ sich aber die Syphilis teils objektiv, teils anamnestisch nachweisen. Verfasser behauptet, daß ein positiver WASSERMANN ohne klinische Symptome nicht existiere. Richard Frühwald-Leipzig.

Die WASSERMANNsche Reaktion in ihrer Bedeutung für die Gynäkologie und Geburtshilfe und ihre Bedeutung für die Lehre von der Vererbung der Lues, von ARTHUR STEIN-New York. (New York. med. Monatsschr., Sept. 1911.) Zusammenfassendes Referat der neueren Forschungen auf obigem Gebiet. Haas-Hamburg.

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion im Nabelstrangblut, im mütterlichen und fötalen Blut nach der Geburt. Ihre Wichtigkeit beim Studium der hereditären Lues; Zusammenhänge zwischen serologischer Probe, klinischer Erscheinung, Parasitologie und eventuellen anatomischen Veränderungen der Eihäute, von Alberto Serra und Attilio Gentili-Cagliari. (Ann. di ostetr. e ginecol., 1911.) Aus den ausführlichen Untersuchungen, welche die Verfasser in vielen Tabellen mitteilen, geht hervor, daß 1. ein toter und mazerierter Fötus auch von Frauen herstammen kann, bei welchen Syphilis beinahe sicher ausgeschlossen werden kann, daß 2. die Wassermannsche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit toter und mazerierter Früchte, welche von luetischen Müttern stammen oder während oder kurz nach der Geburt an Syphilis verstorbener Föten konstant positiv ist. 3. Die positive Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit heredoluetischer Früchte kann auch vorhanden sein, wenn sie im mütterlichen oder Nabelblut negativ ist. 4. Die positive Wassermannsche Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit toter und mazerierter Föten kann schon für sich allein als ein sicheres Symptom der Syphilis gelten. 5. Die Reaktion ist negativ, wenn der Tod und die Mazeration des Fötus unabhängig von Syphilis ist. 6. Ein negativer Spirochätenbefund in der Zerebrospinalflüssigkeit schließt luetische Infektion nicht aus.

Was die Eihäute anbelangt, so fanden die Verfasser folgende Verhältnisse: 1. Plazenten, welche Müttern angehörten, die syphilitische Kinder erzeugten, können vollkommen normal sein. 2. Auch Plazenten, die toten und mazerierten Früchten mit sicherer Syphilis angehörten, waren außer einer auf seröser Imbibition beruhenden Abplattung der Zotten und Verkleinerung der intervillösen Räume normal. 3. Gefäßläsionen mit Verdickung der Wandung wurden in diesen selben Fällen von Mazeration des Fötus gefunden. Perivasale Infiltrationen fanden sich in einem einzigen Falle von Syphilis bei lebend geborenem Fötus, doch wurde derselbe Befund auch bei einer von einer eklamptischen Frau stammenden Plazenta gemacht. 4. In der Epithelbedeckung wurden nie die produktiven Formen gefunden, welche nach manchen Verfassern als für Syphilis typisch sind. 5. Ebensowenig zeigten dies die Eihäute. 6. Nur in 5 Fällen war der Bakterienbefund ein positiver. Es handelte sich dabei immer um frische, nicht behandelte Fälle. Die Spirochäten fanden sich in der Zotte, d. h. in dem fötalen Teil der Plazenta. Einmal wurden Spirochäten im frischen Plazentarsaft mit Dunkelfeldbeleuchtung, aber nicht in Einschlußpräparaten gefunden. A. Gunsett-Straßburg.

Wert der Wassermannschen Reaktion für die forensische Diagnose der Syphilis, von Thibierge und Weissenbach. (Bull. méd., 1912, S. 46.) Die Wassermannsche Reaktion hat für die gerichtliche Medizin nur selten großen Wert, da es für den Sachverständigen weniger darauf ankommt, ob ein Individuum syphilitisch ist, als wann es dies geworden ist. Richard Frühwald-Leipzig.

2 zweifelhafte Fälle von positiver Wassermannscher Reaktion, von Juan de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 6.) Ein 19jähriger junger Mann bekommt einen Schanker, der in Anbetracht der Zeit des Auftretens und eines bald erscheinenden Bubos als weich angesprochen wird. Kurz nach Heilung des Bubos kam eine Halsdiphtherie hinzu, die innerhalb 24 Stunden mit Diphtherieserum heilte. Später traten Herzbeschwerden auf, welche Azúa auf die Diphtherie zurückführte. Syphilitische Symptome traten nie auf. Von drei Wassermannschen Reaktionen waren zwei negativ, eine schwach positiv. Die Noguchische Modifikation und diejenige Azúas (antimenschlicher Ambozeptor) zeigten aber komplette Hemmung. Der Verfasser fragt sich und will durch Versuche in Erfahrung bringen, ob vielleicht dieser positive Ausfall dem Diphtherieserum zuzuschreiben ist.

Digitized by Google

Ein zweiter Fall, nach denselben Methoden untersucht, gab ebenfalls ein positives Resultat bei einem Patienten, den der Verfasser fünf Jahre lang nach einem Ulcus molle genauestens beobachtet hat und bei dem er Syphilis vollkommen auszuschließen sich für berechtigt hält. Der Patient hatte zwar rezidivierende Aphthen, aber nie eine Spur von syphilitischen Symptomen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Lepra und Yaws, von Horace D. Bloomberg. (Philippine Journ., Bd. 6, Nr. 4.) Bei 18 von 21 Leprakranken fiel die Wassermannsche Reaktion negativ aus; von den drei positiv reagierenden Leprösen hatte einer Syphilis. In zwei Fällen von Yaws war die W. Reaktion positiv.

Schourp-Danzig.

Wassermann-Reaktion und Bleiintoxikation, von Robert Hilgermann-Koblenz. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) In Nr. 17 obengenannter Wochenschr. (1911) hat Dreyer über Wa.-R. bei Bleivergifteten berichtet und zwar hat er bei 40 Fällen sechsmal positive Reaktion gefunden. Bei Anwendung der Sternschen Modifikation reagierten sogar von 25 Seren 12 positiv. Ähnliche Beobachtungen liegen auch von anderen Verfassern vor. Wenn auch hervorzuheben ist, daß die Wa.-R. dadurch keine Beeinträchtigung ihres Wertes erleidet, zumal man immer Anamnese und klinischen Befund berücksichtigen muß, so muß man doch bedenken, daß letztere oft im Stiche lassen. Verfasser hat nun bei 35 Seren leichter und schwerer Bleivergifteter keine einzige positive Wa.-R. gefunden. Die Untersuchung geschah mittels der Wassermannschen Originalmethode.

Schlußfolgerung: Die beschriebenen positiven Fälle sind durch frühere syphilitische Erkrankungen bedingt. Ferner solle man nicht mit Modifikationen arbeiten, da die Originalmethode zuverlässig ist. Kobligk-Dresden.

Die Wassermannsche Reaktion bei progressiver Paralyse, von J. P. Candler. (Lancet, 11. Nov. 1911.) Unter 69 Fällen von Dementia paralytica ergaben 67 eine positive Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit nach Wassermann. Der eine der negativen Fälle wurde nur einmal drei Monate vor seinem Tode untersucht; bei dem anderen als negativ geführten Patienten war der Liquor zwei Monate vor dem Tode negativ, nach dem Exitus positiv befunden worden; das Blut lieferte drei Tage vor dem Tod eine positive Reaktion. Außer bei einigen seltenen Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems fällt die Reaktion bei anderen Formen der Geistesstörung niemals positiv aus. Des weiteren folgert Verfasser aus seinen zahlreichen in der Irrenanstalt ausgeführten Untersuchungen, daß eine positive Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit im Verein mit starker Lymphozytose entschieden mehr für Parasyphilis, namentlich für progressive Paralyse spricht als für zerebrale oder spinale Syphilis. Bei positiver Serumreaktion und psychischen Erscheinungen ist es entschieden indiziert, eine Lumbalpunktion vorzunehmen und die Probe mit dem Liquor auszuführen. Die Originalmethode lieferte die zuverlässigsten Resultate. Als einzige Modifikation benutzte Verfasser ein abweichendes Verfahren bei Herstellung des Leberextraktes. Die Leber wurde mit Gips und Silbersand zu einem trockenen Pulver verrieben, das darauf mit Azeton gewaschen und mit Alkohol kalt extrahiert wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion mit der Zerebrospinalflüssigkeit und dem Blute der Paralytiker, von A. Morselli-Genua. (Pathologica, 1911, Nr, 66.) Die Substanzen, welche imstande sind, die Wassermannsche Reaktion zu geben, sind in der Zerebrospinalflüssigkeit spärlich vertreten. Ihre Menge kann infolge einer Lumbalpunktion zunehmen. K. Rühl-Turin.

Über die Bedeutung der Zystoskopie der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, von U. Sorrentino. (Riforma med., 1911, Nr. 49 und 50.) Der Verfasser

Digitized by Google

prüfte die besonders von französischen Verfassern publizierten Untersuchungen der Lumbalflüssigkeit bei Syphilitikern nach und kommt an der Hand von 26 untersuchten Fällen zu Resultaten, welche diese Befunde bestätigten. Er faßt seine Resultate folgendermaßen zusammen: 1. In allen Fällen von Tabes, in welchen die syphilitische Ätiologie klar war, existiert eine Lymphozytose als Zeichen einer spezifischen Meningitis. 2. Dieselbe Meningitis findet sich bei Kranken mit pupillaren Läsionen (Unregelmäßigkeit der Pupillen, Anisokorie, Argyll-Robertson, vollständige Abwesenheit der Pupillarreflexe, Optikusatrophie). 3. Der Kopfschmerz und die syphilitischen Schmerzen können meningealen Ursprungs sein, auch bei frischen Syphilitikern ohne Haut- oder Schleimhautsymptome. 4. Das Resultat der zytologischen Untersuchung der Lumbalflüssigkeit kann in manchen Fällen die Diagnose zwischen organischer und funktioneller Läsion entscheiden. 5. Es ist nötig, mit dieser Methode nach Lymphozytose und somit auch nach sekundärer Meningitis bei allen Syphilitikern zu fahnden, welche Schmerzen auch noch so leichter Art haben, sowohl zur Diagnosen- als zur Prognosenstellung und gegebenenfalls zur Einleitung einer intensiven Kur. 6. Eine sekundäre syphilitische Meningitis geht allen nervösen Läsionen jeglicher Art voraus und kann als Initialläsion von bedeutungsvollen nervösen Affektionen (Tabes) betrachtet werden. 7. Es existiert ein direkter Zusammenhang zwischen syphilitischer Infektion und nervösen Erkrankungen (Tabes).

Bei der Wichtigkeit, welche diese Frage in neuerer Zeit immer mehr bekommt, ist das der Arbeit beigefügte ausführliche Literaturverzeichnis von besonderem Werte.

A. Gunsett-Straßburg.

Serologische und bakteriologische Untersuchungen zur Frage der Lues, von Heinrich Benner. (Inaug.-Dissert., Straßburg 1911.) Verfasser hat seine Untersuchungen am Material der Fehlingschen Klinik angestellt. Er berichtet über eine Reihe interessanter Befunde und von Widersprüchen zwischen dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion und der Untersuchung auf Spirochäten. Da die Arbeit im allgemeinen bezüglich ihres Inhaltes durch eine ganze Reihe ihr zeitlich folgender Untersuchungen als überholt gelten kann, sei auf ihre speziellen Ergebnisse hier nicht weiter eingegangen, sondern nur auf ihren kasuistischen Wert hingewiesen.

Fritz Loeb-München.

Versuche zu einer optischen Serodiagnose der Syphilis, von E. Jacobsthal-Hamburg. (Ztschr. f. Immunitätsf. und exper. Ther., 1911, Bd. 8, Heft 1.) Versuchsanordnungen wie die von Porges und Meyer u. a. haben kundgetan, daß bei der Reaktion zwischen Organextrakten und Syphilitikerserum Ausflockungserscheinungen zutage treten. Durch einen Zentrifugierungsversuch konnte J. experimentell den Beweis für einen Zusammenhang zwischen der Ausfällung und dem Komplementbindungsvorgang bei der Wa.-R. makroskopisch erbringen. Vielfach gelingt es allerdings nur den Präzipitationsvorgang, der nach Ansicht des Verfassers der Wa.-R. zugrunde liegt, auf ultramikroskopischem Wege zu erbringen. Vergleichende Untersuchungen am ultramikroskopischen Bilde verschiedener Organextrakte vor und nach Zusatz von Patientenserum, ließen die Bildung von Präzipitaten nach Zusatz von Syphilitikerserum zu geeigneten Extrakten erkennen. Die Bildung des Präzipitates beruht auf einer Agglutination und nachfolgender Ausflockung von Lipoiden, wobei beide Vorgänge jedoch nicht streng zu trennen sind. An der Hand genauer technischer Angaben erläutert Verfasser den Versuch, das beobachtete Phänomen zu einer optischen Serodiagnose der Syphilis auszuarbeiten, ein Ziel, das sich bei Auswahl geeigneter Extrakte nach Ansicht des Verfassers ohne erhebliche Schwierigkeiten erreichen läßt. Der Vorteil der Methode liegt neben der angeblichen Einfachheit und Sicherheit besonders in der Möglichkeit der

Digitized by Google

Verwendung sehr geringer Materialmengen. Die Anzahl der positiven Reaktionen ist prozentual geringer als bei der Wa.-R., doch treten bei sicher nicht syphilitischen Fällen, die nach Wassermann negativ reagieren, auch bei der optischen Methode keine positiven Reaktionen auf. Künstliche Extrakte und Normalorganextrakte sind für die optische Methode ungeeignet. Graetz-Hamburg.

Eine Vereinfachung und Verfeinerung der serodiagnostischen Syphilisreaktion, von Marg. Stern. (Ztschr. f. Immunitätsf. u. exper. Ther., Bd. 1, Heft 3.) Die Modifikation nach M. Stern macht es sich zum Prinzip, das bei der Originalmethode verwendete Meerschweinchenkomplement durch das Komplement des Patientenserums zu ersetzen, jedoch unter gleichzeitiger Beibehaltung eines vom Kaninchen gewonnenen hämolytischen Immunambozeptors gegen Hammelblutkörperchen. Die Verwendung menschlichen Komplementes soll die Möglichkeit unspezifischer Hemmungen und sonstiger Störungen in der Reaktion ausschalten. Dank der Verwendung nicht inaktivierten Patientenserums bedingt die Modifikation nach Angaben der Verfasserin eine Verfeinerung der alten Versuchsanordnung. Eine genaue Vorkenntnis biologischer Methodik erfordert naturgemäß auch diese Methode, da auch hier wie bei der Originalmethode selbst Fehlerquellen gegeben sind. Bei schweren konsumierenden Krankheiten ist die Anwendung der Modifikation direkt kontraindiziert. Graetz-Hamburg.

Diskussion zum Vortrag von Bruck über die Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis, von A. Neisser. (Verh. d. Dermat. Ges., X. Kongreß, Jul. Springer, 1908.) Verfasser warnt davor, bei dem großen Publikum die Meinung zu erwecken, als ob die Syphilisdiagnostik jetzt ausschließlich auf die Seroreaktion gestellt sei. Die Wa.-R. dürfte naturgemäß nur als eine Stütze der Diagnostik gelten. Allerdings glaubt Neisser daran festhalten zu müssen, daß bei positiver Reaktion noch irgendwo im Körper lebendes Virus vorhanden ist, auch wenn sonst klinische Symptome fehlen; er werde daher stets in solchen Fällen für eine erneute Therapie eintreten. Ein solcher Spirochätenträger könne natürlich nicht eo ipso als kontagiös erklärt, oder ihm der Heiratskonsens verweigert werden. Bei Menschen mit unklarer Diagnose gilt dem Vortragenden die positive Reaktion soviel wie ein anderes Symptom. Er hält die neue serodiagnostische Methode jedenfalls für eine sehr dankenswerte Errungenschaft.

Bezüglich der modernen therapeutischen Bestrebungen warnt N. vor allzu großer Skepsis und rät, weder „durch zuviel" noch „durch zuwenig" zu schaden. Das neue Arsenpräparat Salvarsan hätte sich im Tierexperiment und in zahlreichen Fällen beim Menschen bewährt. Schließlich sei auch Quecksilber nicht immer indifferent, und es dächte ja auch kein Mensch daran, das alte bewährte Mittel völlig verdrängen zu wollen. Verfasser tritt für eine Individualisierung der Behandlung der einzelnen Fälle ein, möglichst unter Kombination der verschiedenen therapeutisch bewährten Mittel.

Graetz-Hamburg.

Neuere Erfahrungen über die Serumdiagnostik der Syphilis mittels der Wassermannschen Reaktion, von Erich Sonntag-Bern. (Schweizer Corresp.-Bl., 1911, Nr. 12 und 13.) Für die klinische Diagnostik ist die Wa.-R. eine unentbehrliche Untersuchungsmethode, deren Ausführung mit allen Kautelen und Kontrollen zu erfolgen hat. Als Antigen hat sich die syphilitische Fötalleber im alkoholischen Extrakt als am zuverlässigsten erwiesen. Für jede Serumprüfung sind mehrere Antigene zu verwenden. Alle Modifikationen der Originalmethode sind zu verwerfen; die Reaktion soll nur in einem wissenschaftlich geleiteten Speziallaboratorium und von einem serologisch ausgebildeten Untersucher angestellt werden. Schourp-Danzig.

Die biologische Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion, von Milian und Giraud-Paris. (Soc. méd. des hôp., 22. Dez. 1911.) Falls die Wassermannsche

Digitized by Google

Reaktion bei einem latent oder florid Syphilitischen negativ ausfällt, oder falls dieselbe nach einer spezifischen Behandlung verschwunden ist, so kann man sie wieder erwecken, wenn man der betreffenden Person eine intravenöse Einspritzung von Salvarsan macht. Milian nennt diese Erscheinung biologische Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion.

Die Reaktivierung kann auch mit anderen Arsenikpräparaten, wie z. B. dem Hektin, erzielt werden, auch mit Hg, doch ist das Resultat weniger sicher und weniger deutlich, wie mit dem Salvarsan.

Die Verfasser haben an 700 Personen 2600 Reaktionen vorgenommen und bei 150 von denselben, bei welchen die Wassermannsche Reaktion negativ war, dieselbe durch Einspritzungen von Salvarsan wieder positiv machen können. E. Toff-Braila.

Über den Wert der Wassermannschen Reaktion, von L. Belezza-Mailand. (La Tribuna med., 1911, Nr. 10.) Verfasser ist der Ansicht, daß die Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion überschätzt wird und berichtet über einen Fall, in welchem, trotzdem Sklerose, Roseola, papulo-pustulöses Syphilid auffallend deutlich aufgetreten waren, die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel. K. Rühl-Turin.

Über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion, von Z. Hornstein-Odessa. Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Zürich. (Inaug.-Dissert., Zürich 1911, Gebr. Leemann & Co.) Schlüsse: 1. Die Wassermannsche Reaktion fällt immer positiv aus bei klinisch manifester Lues. 2. Die Wassermannsche Reaktion dient in Fällen, wo die Anamnese keinen Anhaltspunkt gibt und die klinische Diagnose versagen kann, bei nur bestehendem Verdacht auf Lues, zur Entscheidung, ob Patient luetisch infiziert war oder nicht. 3. Die Wassermannsche Reaktion findet Verwendung in jenen Fällen, wo weder irgend welche Zeichen von Lues, noch Verdachtsmomente bestehen, zur Entdeckung der latenten Lues, die ohne ihre Mithilfe bisher unerkennbar war. 4. Der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist ebenso von großer Bedeutung, insofern, als sie unter Berücksichtigung aller anderen klinischen Untersuchungsmethoden Lues mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließen läßt. 5. Die Wassermannsche Reaktion wirft auch ein Licht auf die bisher unsichere Ätiologie mancher Erkrankungen, und mittels ihr kann der Zusammenhang zwischen Tabes dorsalis und Krankheiten der Aorta und der Lues festgestellt werden.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Richard Bauer und Ada Hirsch-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Durch Dialyse lassen sich sowohl aus Normal- als luetischen Seris ziemlich reichliche Globulinniederschläge erzielen, die, in entsprechenden Mengen Kochsalzlösung gelöst, folgende Eigenschaften zeigen: Die Wassermannsche Reaktion der Globulinlösungen hängt in erster Linie von der entsprechenden Reaktion des Mutterserums ab, d. h. die Globulinlösung kann nur dann positiv reagieren, wenn auch das Ursprungsserum positive Reaktion zeigt. Die Globulinlösung reagiert um so stärker positiv, je stärker das Mutterserum reagiert, aber niemals so stark wie dieses, meistens vier- bis fünfmal schwächer. In zwei verschiedenen Luesglobulinlösungen ist bei gleich starker Reaktion der Muttersera die Reaktion um so stärker, je höher der Globulingehalt ist.

Ebenso wie diese künstlich hergestellten Serumglobulinlösungen verhalten sich die globulinhaltigen Harne des Menschen. Die Wassermannsche Reaktion des Harns ist gebunden an das Vorhandensein von Globulinen in demselben und zunächst nur von der Reaktion des zugehörigen Serums abhängig, d. h. der Harn kann nur dann positive Reaktion zeigen, wenn auch das Serum positiv reagiert, während bei negativer Serum-

Digitized by Google

reaktion auch hoher Globulingehalt des Harns keine Wassermannsche Reaktion im Harn erzeugt. W. Lehmann-Stettin.

Die Wassermannsche Reaktion, von J. B. Stein-New York. (Med. Record, 18. November 1911.) Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Die Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion bei dem der Leiche entnommenen Serum und Liquor cerebrospinalis, von J. P. Candler und S. A. Mann. (Brit. med. Journ., 9. März 1912.) An einem Material von 112 Fällen in der Irrenanstalt zu Clagburg haben Verfasser eine Reihe von Untersuchungen ausgeführt, indem sie in jedem Fall die Zerebrospinalflüssigkeit und bei 92 Leichen auch das Blut prüften. Jene lieferte 25mal ein positives Resultat in Übereinstimmung mit dem klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde. Unter den restierenden 87 Proben waren 3 Fehlschläge zu konstatieren. Von den 92 Serumproben betrafen 20 Paralytiker; ein negatives Resultat wurde nur bei einem einzigen konstatiert. Von den übrigen 72 Fällen lieferten 10 ein positives Resultat; bei 4 der betreffenden Leichen waren alte luetische Veränderungen nachweisbar, so daß 6 Resultate schließlich als direkt irrige übrigbleiben. Verfasser zeigen an verschiedenen Befunden und experimentellen Beobachtungen, daß das Vorhandensein von Verunreinigungen durch Mikroorganismen verschiedener Art imstande ist, eine von Haus aus positive Flüssigkeit negativ werden zu lassen und vice versa. Sie raten, falls das Material nicht sofort nach der Entnahme untersucht werden kann, 0,5%ige Karbolsäure als Konservierungsmittel der Zerebrospinalflüssigkeit zuzusetzen und das Serum in allen Fällen sofort abzuscheiden und zu inaktivieren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wassermannsche Reaktion bei ignorierter Syphilis, von A. Gravagna-Catania. (Gaz. internat. di Med. e Chir., 1911, Nr. 35.) Die Wassermannsche Reaktion leistet bei latenter, sonst schwer oder überhaupt nicht diagnostizierbarer Lues ausgezeichnete Dienste. K. Rühl-Turin.

Schätzung der Intensität der Wassermannschen Reaktion, von Desneux. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 3.) Die weiteren Untersuchungen haben die Verwendbarkeit der von Desneux und Renaux angegebenen Technik zur quantitativen Beurteilung der Wassermannschen Reaktion ergeben. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über das Quantimeter, von Robert Kienböck-Wien. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 1—2.) Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung der Radiometrie und nach ausführlicher Darlegung des Wesens und der Konstruktion seines Quantimeters resumiert Verf. die Vorteile und Nachteile. Als einzigen Nachteil seines Quantimeters sieht K. nur den Umstand, daß dieses ein augenblickliches Ablesen der Dose nicht gestattet, sondern dazu erst die Entwicklung des Reagenzstreifens nötig ist. Demgegenüber stehen aber eine Reihe unverkennbarer Vorteile: 1. besitzt das Reagenzpapier (Chlorbromsilberpapier) eine größere Empfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen, als die Reagenzien aller übrigen Radiometer; 2. kann das Quantimeterpapier infolge seiner größeren Empfindlichkeit unmittelbar auf die zu bestrahlende Körperstelle gelegt werden, wodurch die Messung sicherer wird; 3. das Quantimeterpapier reagiert ähnlich wie die obere Hautschicht, nämlich weniger auf hartes und mehr auf weiches Licht, so daß man die oberflächlichen Hautdosen genau kennen lernt; 4. mit dem Quantimeter läßt

Digitized by Google

sich auch der Härtegrad des Lichtes bestimmen, man braucht nur auf das Reagenzpapier halbseitig eine Aluminiumtreppe aufzulegen und die auf den einzelnen Feldern entstehenden Schwärzungen miteinander zu vergleichen; 5. auch die zur Absorption gelangenden Lichtmengen werden richtig angezeigt, denn es entstehen nahezu die gleichen Schwärzungen, ob auf das Papier ein starkes Licht kurze Zeit, aber ein schwächeres längere Zeit auffällt; 6. ist die unbegrenzte Haltbarkeit des Quantimeterpapieres von großer Wichtigkeit, da man so dauernde Dokumente der applizierten Lichtmengen besitzt.

Die genannten in die Augen springenden Vorteile machen es erklärlich, daß sich das Kienböcksche Quantimeter in der Praxis ausgezeichnet bewährt hat und jedem Röntgentherapeuten unentbehrlich geworden ist. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Experimentelle Studien zur Feststellung eines biologischen Normalmaßes für die Röntgenstrahlenwirkung, von Hans Meyer und Hans Ritter-Kiel. (Strahlentherapie, 1912, Bd. I, H. 1—2.) Bei ihren Studien gingen die Verf. von dem Gedanken aus, daß die Röntgenstrahlen in ihrer Wirkung einem Medikament mit einer Maximaldosis durchaus gleichzustellen sind. Wie man bei einer Reihe chemischer Arzneimittel die Wirksamkeit so ausdosiert, daß man sie Tieren einspritzt und die Dosis feststellt, bei welcher durch eine spezifische Wirkung auf ein lebenswichtiges Organsystem der Tod der Tiere erfolgt („Froschdosis" der Digitalis), so stellten die Verf. an 200 Mäusen Experimente an, indem sie das lymphoide Gewebe bestrahlten und die Dosis eruierten, die nötig war, um den Tod der Tiere herbeizuführen. Es zeigte sich, daß die tödliche Dosis — die „Mausdosis" — bei einer Strahlenqualität von B.W. 5 zwischen 25 und 30 X liegt (gemessen wurde nach Sabouraud-Noiré).

Den Hauptwert der Mausdosis erblicken die Verf. darin, daß jetzt mit Hilfe dieses biologischen Maßes die an den verschiedenen Dosimetern abgemessene Strahlung verglichen werden kann. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Das sechste Stockwerk und die jungen Dienstboten, von Morin. (Bull. de la soc. franç. de proph. san. et mor., 1912, Nr. 4.) M. bespricht die Arbeitsverhältnisse der Dienstboten in Paris, ihre Schlafräume und die sittlichen und sexuellen Gefahren, denen sie ausgesetzt sind. Er fordert die Gesellschaft auf, sich mit dieser Frage zu beschäftigen und dahin zu wirken, daß die Gesetze über Arbeiterschutz sowie über Kinderarbeit auch auf die Dienstboten angewendet würden. Ferner müßte jeder, der einen minderjährigen Dienstboten hätte, diesem dieselben Garantien leisten, wie einem Lehrling. Wird eine Minderjährige bei der Prostitution ertappt, soll sie auf Kosten ihres Dienstgebers in die Heimat geschickt werden.

Lebhafte Diskussion. Richard Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Der Vorstand der II. medizin. Universitätsklinik in Wien, Hofrat Prof. Edmund v. Neusser, bekannt durch seine Arbeiten über Zyanose, Pellagra, Morbus Addisonii und Blutveränderungen bei Haut- und Sexualkrankheiten, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J.H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. August 1912 | Nr. 34 | Band 55

Über den Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. Adam v. Karwowski, Posen.

Die moderne Gonorrhöetherapie ist seit Einführung der rationellen Silberbehandlung auf einem toten Punkte angelangt. Wir sind zwar in der Lage durch die organischen Silberpräparate, unter denen wohl das Protargol, Ichtargan, Albargin und neuerdings das sehr wirksame und reizlose Hegonon an erster Stelle rangieren, die Gonokokken in kürzerer oder längerer Zeit abzutöten, doch weist auch diese Behandlung viele Mängel auf. Wir können weder Komplikationen verhindern, noch dieselben ohne recht umständliche und zeitraubende Manipulationen zur Heilung bringen. Die unzähligen sog. inneren Antigonorrhoica haben als gonokokkentötende Mittel ja nur sehr problematischen Wert.

Es wäre das Ideal der Gonorrhöebehandlung, wenn es gelänge, dem Blute Stoffe einzuverleiben, welche analog dem Quecksilber und Arsen bei Lues gewissermaßen spezifisch auf die Krankheitskeime wirken würden.

Nun ist man ja neuerdings viel mit der Vakzinetherapie beschäftigt. Doch sind die Resultate bei akuter Gonorrhöe, insbesondere quoad Abtötung der Gonokokken nicht sehr ermutigend, wiewohl allerdings die Berichte bei chronischer Gonorrhöe und den Komplikationen günstiger lauten. Vielleicht bringt uns die Vervollkommnung der Vakzine auch auf diesem Wege einen Fortschritt.

Der Zufall hat mich nun auf den Gedanken geführt, daß gewisse, vom Organismus selbst gelieferte Stoffe, die gelegentlich im Blute kreisen, einen deletären Einfluß auf die Gonokokken ausüben können. Ich hatte nämlich die Beobachtung gemacht, daß bei einem Patienten, der zufällig während eines Trippers Ikterus bekam, die Gonokokken wider Erwarten schnell und dauernd schwanden.

Ich lasse die Krankengeschichte folgen.

Patient P., Offizier, 24 Jahre alt, sonst vollkommen gesund, konsultierte mich am 27. November 1911 mit einer subakuten Gonorrhöe. Erste Gonorrhöe vor $1^1/_2$ Jahren. Seitdem hat Patient ständig mit Ausflüssen aus der Urethra zu tun, die er ziemlich ver-

Digitized by Google

nachlässigt; Exzesse in Baccho et Venere. Letzter Koitus vor 5 Tagen, Verstärkung des Ausflusses. Neuinfektion? Untersuchung des Sekrets ergibt zahlreiche Gonokokken, ebenso in den Fäden im Urin. Zweite und dritte Urinportion leicht getrübt. Prostata ziemlich geschwollen, im Sekret viele Leukozyten, doch Gonokokken nicht zu sehen.

Es wird Patienten aufgegeben Fol. uvae ursi und Herb. herniar. glabrae ää als Tee zu trinken, sowie mit einer 0,1%igen Lösung von Hegonon die Harnröhre mittels Irrigators zu spülen.

Am 30. November ersucht mich Patient, ihn zu besuchen, da er bettlägrig sei und Influenza habe.

Es besteht leichtes Fieber 37,5—38,5. Urin ist in beiden Portionen bedeutend klarer, doch von dunkler bierbrauner Farbe. Haut ist ikterisch verfärbt. Massage der Prostata. Wenig Sekret. Patient hat nur einmal täglich die Urethra ausgespült.

Am 2. XII. Besuch. Status idem, im Urin sehr wenig Fäden. Urin dunkelbraun.

5. XII. Besuch. Massage der Prostata.

6. XII. Konsultation in der Sprechstunde. Fäden und exprimiertes Sekret frei von Gonokokken.

15. XII. Gon. — Prostatasekret fast ganz frei von Leukozyten.

28. XII. Gon. — Patient hat wiederholt Exzesse in Baccho gemacht, daher am 3. I. etwas seröses Sekret, doch ohne Gonokokken. Ebenso bei der Untersuchung am 17. I. 1912, 6. II. 1912, 11. III. 1912, 3. IV. Fäden und Sekret frei von Gonokokken, trotz öfteren Alkoholgenusses.

Beim Übersehen der kurzen Krankengeschichte fällt folgendes auf. Schon am dritten Tage ohne größere therapeutische Maßnahmen (die schwachen, einmal täglich vorgenommenen Spülungen kann man wohl nicht als ausreichend ansehen) Klärung des Urins. Die sechs Tage später ausgeführte mikroskopische Untersuchung erweist bereits das Fehlen der Gonokokken sowohl in dem Sekret, als den Fäden. Auch das Sekret der Prostata, welches bei der ersten Untersuchung am 27. XI. rein eitrig ist, erwies sich nach drei Massagen als fast frei von Leukozyten.

Ein rasches Schwinden der Gonokokken ist ja an und für sich nichts Seltenes; es gibt so glückliche Naturen, die in wenigen Tagen sich ihrer entledigen, was oft irgend einem Mittel, das angewandt wurde, zugute geschrieben wird. Daß dies aber bei einer mit Urethritis posterior und Prostatitis komplizierten Gonorrhöe so schnell eintritt, dürfte wohl selten vorkommen. Ich war auch bei der ersten Konsultation des Patienten auf eine langwierige Behandlung gefaßt, zumal sein erster Tripper lange gedauert hatte und man bei einem jungen Offizier allzuhohe Ansprüche auf Enthaltsamkeit nicht stellen durfte. Um so mehr war ich überrascht, als ich schon am dritten Tage eine so auffällige Klärung des Urins bemerkte und bei der ersten mikroskopischen Kontrolle die Gonokokken schon geschwunden waren.

Daß die Gonokokken höhere Temperaturen schlecht vertragen, ist bekannt und habe ich bei fiebernden Patienten öfters einen schnelleren

Digitized by Google

Verlauf der Gonorrhöe konstatieren können. Es müssen dabei aber wohl höhere Temperaturen mitspielen, als in unserem Falle.

So kam ich auf den Gedanken, ob nicht in dem Ikterus das Moment zu suchen sei, welches das auffallend schnelle Schwinden der Gonokokken verursacht hatte und nahm mir vor, in dieser Richtung Versuche anzustellen. Da stieß ich bei der Durchsicht der Literatur zu meiner Überraschung auf die Beobachtungen Walter Löhleins[1]), die meine Vermutung bestätigten. „Löhlein beobachtete nämlich bei zwei Fällen von hochgradigem Icterus neonatorum einen auffallend gutartigen Verlauf der gleichzeitig bestehenden gonorrhoischen Erkrankung der Augen. Die intensiv gelbe bis gelbgrünliche Verfärbung des Konjunktivaleiters ließ den reichlichen Übertritt von Gallenfarbstoff in das Sekret erkennen und es wäre a priori wohl gerechtfertigt anzunehmen, daß auch die übrigen Gallenbestandteile, speziell die gallensauren Salze, in den Eiter übergetreten seien. Diese Annahme erscheint um so berechtigter, als Halberstam das Natr. taurocholicum bei hochgradig ikterischen Neugeborenen z. B. auch in der Perikardialflüssigkeit hat nachweisen können. Unter diesen Umständen lag die Vermutung nahe, daß zwischen dem Übertritt von Gallenbestandteilen in das konjunktivale Sekret und dem benignen Verlauf der gonorrhoischen Augenerkrankung möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Löhlein stellte daher, da Erfahrungen hierüber noch nicht vorlagen, Versuche über die Einwirkung der gallensauren Salze auf Gonokokken an. Es standen zwei Gonokokkenstämme zur Verfügung, die von schweren gonorrhoischen Erkrankungen des Auges gewonnen waren und auf Kälberblutagar gezüchtet wurden. Die Versuche, die in verschiedener Weise variiert wurden, ergaben in der Tat einen starken bakteriziden Einfluß der gallensauren Salze auf beide Stämme, der übrigens nicht, wie derjenige gegenüber dem Diplococcus lanceolatus, auf Bakteriolyse beruhte. Um die Frage zu klären, ob diese bakterizide Wirkung sich therapeutisch verwerten lasse, wurde zunächst festgestellt, wieweit die beiden Salze für das menschliche Auge als unschädlich bezeichnet werden dürfen. Es ergab sich, daß 2—3%ige Lösungen beider Salze nur Hyperämie der Konjunktiva und mäßigen Juckreiz verursachten; bei Anwendung 5%iger Lösung war der erzeugte Reizzustand stärker, doch war auch bei der Untersuchung mit dem Ultramikroskop eine Trübung oder Schädigung des Korneaepithels nicht zu beobachten.“ Weiterhin stellte Löhlein Versuche an, inwieweit gonokokkenhaltige Eiterfäden unter der Einwirkung von 1—10%igen Salzlösungen reagierten.

[1]) Dtsch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 41, S. 1812. Bericht über die Sitzung des Medizinischen Vereins zu Greifswald vom 8. Mai 1909.

Digitized by Google

„Es ergab sich, daß bei 1—2 Minuten langer Einwirkung die bakterizide Wirkung in einer rapiden Abnahme der Kolonienzahl zum Ausdruck kam. Dies günstige Ergebnis wird offenbar ermöglicht durch die starke sekretlösende Fähigkeit der gallensauren Salze (vgl. auch v. Dusch 1854). Bringt man nämlich eine Eiterflocke in eine 1—2%ige Lösung gallensaurer Salze, so wird dieselbe im Laufe einer halben Minute in einen glasigen Schleim verwandelt, der bei längerer Einwirkung immer weiterer Auflösung verfällt; im mikroskopischen Bild entspricht dieser Erscheinung ein rascher Zerfall der Leukozyten (langsamer erfolgt der Zerfall der Epithelzellen) und damit ein Freiwerden der eingeschlossenen Gonokokken. Daß diese sekretlösende Wirkung der Bakterizidie sehr zugute kommen muß, liegt auf der Hand. Für praktische Versuche aber ergibt sich daraus, daß man mehrmals kurz hintereinander die Salzlösung anwenden wird, um zu verhüten, daß — bei zu kurzer Dauer der Einwirkung — etwa nur die sekretlösende Fähigkeit zur Geltung kommt. Löhlein weist darauf hin, daß diese Eigenschaften der gallensauren Salze vielleicht auch für die Behandlung der urethralen Gonorrhöe wertvoll werden könnten. Eventuell wäre eine weitere therapeutische Möglichkeit gegeben in der Kombination der gallensauren Salze mit Silberpräparaten."

Aus den zitierten Beobachtungen und Versuchen Löhleins scheint mir hervorzugehen, daß auch meine Annahme, daß die gallensauren Salze bei der schnellen Vernichtung der Gonokokken in meinem Falle eine Rolle spielten, nicht ganz unberechtigt ist. Und zwar kann die Wirkung der Salze sich auf zwei Wegen betätigt haben. Erstens durch das Blutserum als solches, welches mit Gallensalzen beladen die erkrankten Partien durchtränkte und zweitens durch den ebenfalls mit Gallenbestandteilen gemischten Urin. Daß eine so innige Berührung mit einem bakteriziden Stoff, wie sie durch keine, noch so durchdringende Einspritzung erreicht werden kann, selbst in geringer Konzentration durch die lange Dauer der Einwirkung besonders wirksam sein muß, liegt wohl auf der Hand.

Von diesen Gesichtspunkten aus müssen auch die Versuche ausgehen, um festzustellen, inwiefern es durch künstlich erzeugten Ikterus einerseits und durch direkte Applikation von gallensauren Salzlösungen in die Harnröhre und Blase gelingt, auf die Gonorrhöe einzuwirken.

Würde sich die obige Annahme als richtig erweisen und wäre es praktisch durchführbar in diesem Sinne die gallensauren Salze anzuwenden, so würden sich für die Gonorrhöetherapie neue Gesichtspunkte eröffnen.

Ich behalte mir vor über die begonnenen Versuche, sobald das Material genügend ist, zu berichten.

Digitized by Google

Wie ich einer privaten, mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Priv.-Doz. Dr. Walter Löhlein aus Greifswald mitgeteilten Angabe entnehme, ist Dr. Dufaux-Berlin seiner Anregung gefolgt und wird demnächst über recht günstige Resultate mit der Gallensalzbehandlung der Blennorrhöe berichten.

Daß die Galle als solche bei den Hebräern bei Augenleiden[1]) und bei den Griechen bei Frauenkrankheiten, innerlich mit Wein und äußerlich als Suppositorien angewandt wurde (Hippokrates)[2]), läßt den Schluß zu, daß man bei ihrer Anwendung (vielleicht auch gerade bei blenorrhoischen Erkrankungen) Heilerfolge gesehen hat.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 9. Juli 1912.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Blaschko demonstriert einen 70jährigen diabetischen Mann mit symmetrischer **erythema-exsudativum-ähnlicher Eruption** auf beiden Handrücken. Auf der bedeutend stärker befallenen linken Seite besteht eine dunkle zentrale Verfärbung, die eine **gangränöse Progression** befürchten läßt.

Diskussion: Saalfeld hält die Affektion für beginnende diabetische Gangrän, rät zu Suspensionsbehandlung und stellt die Prognose sehr ungünstig. O. Rosenthal ist derselben Meinung.

2. Blaschko demonstriert einen 70jährigen Mann mit einem gyrierten, am ganzen Körper ausgebreiteten, etwas urtikariellen **Erythem,** das wohl die **Folge einer intestinalen Störung** ist. Es besteht starke Abmagerung, die auf einen malignen Tumor im Abdomen hindeutet.

Diskussion: Mosse hat in diesem Fall Andeutungen einer Pankreasaffektion gefunden. Baum hält die Hauteruption für einen Grenzfall von Erythem und Urtikaria. O. Rosenthal findet Ähnlichkeiten mit ausgedehnten Trichophytie-Eruptionen, doch sind keine Pilze zu finden gewesen.

3. Arnheim demonstriert einen **mit Reinkultur von Spirochäten geimpften Affen,** der an der Stirn eine große harte Ulzeration bekommen hat, nebst starker mandibularer Lymphdrüsenschwellung. Tomasczewski kann sich nicht überzeugen, daß es sich bei der Stirnaffektion des Tieres um einen wirklichen syphilitischen Primäraffekt handelt.

4. H. Isaac demonstriert ein junges Mädchen mit einem **systematisierten Nävus** des linken Arms, der linken Schulter und Brust.

5. H. Isaac demonstriert ein 21jähriges Mädchen mit **multiplen Gangränherden** an Rumpf und Extremitäten. Wassermann negativ, aber im Beginn sehr syphilisähnliches Aussehen der Affektion.

---

[1]) Buch des Tobias II, 13, zitiert nach Mercks Jahresbericht 1908.

[2]) Mercks Jahresbericht 1908 und 1906, Nigay Revue de thérapeutique, 1906, S. 387, zit. nach Merck.

Digitized by Google

Diskussion: R. Isaac hält die Eruption für am meisten gangränösen Varizellen ähnlich, namentlich bei ihrem plötzlichen Beginn mit Fieber und Unwohlsein. Baum findet immer noch eine große Ähnlichkeit mit ulzeröser Frühsyphilis. Saalfeld spricht die Affektion als Acne varioliformis an. Derselben Ansicht gibt O. Rosenthal Ausdruck. Fr. Lesser und H. Isaac können sich trotz des ähnlichen Aussehens wegen der negativen Blutreaktion nicht für Syphilis entscheiden und haben deshalb die bereits begonnene Salvarsanbehandlung wieder eingestellt.

6. Lipman-Wulf demonstriert eine 71jährige Frau mit **Darierscher Dermatose,** welche in der Form von systematisierten Streifen vornehmlich rechtsseitig ausgebildet ist und seit Jahrzehnten besteht.

8. Ledermann demonstriert einen alten Mann mit einem Rezidiv einer früher durch Röntgenbehandlung gut abgeheilten **Mykosis fungoides** (Hinterkopf).

9. Tomasczewski hält einen Vortrag über die **Kultur der Spirochaeta pallida,** demonstriert Kulturen und gelungene Kaninchenübertragungen.

Diskussion: Bernhardt demonstriert ebenfalls Kulturen und zeigt seine Methode der Überimpfung auf neuen Nährboden. Arnheim zeigt Kulturen von Pallida und der Refringens.

10. Alexander zeigt Präparate von **Granuloma pediculatum** (sog. menschlicher Botryomykose) und hahnenkammartige **Wucherungen auf der Lippenleukoplakie** einer 35jährigen stark rauchenden Phthisikerin.

11. Portner berichtet einen **Todesfall nach 2 mal 0,4 Salvarsan** bei einem 37jährigen Mann mit Primäraffekt, aber schon positivem Wassermann. Nach der ersten Infusion waren bereits Schwindelanfälle aufgetreten. Die zweite Infusion erfolgte 21 Tage nach der ersten. Am Nachmittag trat unter heftigen Schmerzen Blässe und Akrozyanose am rechten Arm und rechten Bein auf, danach mit Fieber ein skarlatiniformes Exanthem an beiden Oberschenkeln, keine Krämpfe, aber Schwäche. Am 3. Tage noch hohes Fieber, Erbrechen, Stuhldrang, Unruhe, Tod nach 72 Stunden. Die Sektion soll schwere syphilitische Veränderungen im Gehirn, sowie Erkrankung von Leber und Darm ergeben haben. Als Todesursache wird die Vergiftung mit Salvarsan angesehen.

Diskussion: Baum glaubt die Verlegung einer Hirnarterie annehmen zu sollen. Fr. Lesser faßt den Fall als Intoxikation auf. Adler und O. Rosenthal raten, auf das noch nicht vorliegende Obduktionsprotokoll zu warten, ehe an eine sichere Deutung geschritten werden kann.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 2. Mai 1912.

Zerebrale Störungen und Herxheimersche Reaktion, von Milian. M. glaubt nicht, daß es sich bei der in der Aprilsitzung von Leredde mitgeteilten Beobachtung von schweren zerebralen Störungen nach zwei Salvarsaninjektionen um eine sogenannte Herxheimersche Reaktion gehandelt habe. Diese erscheint nämlich nach 12—36 Std. und verschwindet rasch, während dort die Erscheinungen am dritten und vierten Tage ihren Höhepunkt erreicht hatten. Ferner fand sich im Liquor keine Lymphozytose und der Wassermann war negativ. Zudem wäre es verwunderlich, daß sich die Reaktion erst nach der zweiten Injektion eingestellt habe. Die klinischen Erscheinungen, speziell aber die intensive Rötung des Gesichts sprechen für eine Arsenvergiftung. Diese ist

Digitized by Google

aber nicht durch Salvarsan verschuldet, sondern durch Zersetzungsprodukte, die durch ungenügende Alkalinisation entstehen.

Lereddde beharrt auf seiner Anschauung.

Dermatitis polymorpha dolorosa mit Basedow-Symptomen, von J. du Castel. Eine 27jähr. Patientin leidet seit einem Jahre an der Duhringschen Krankheit. Gleichzeitig bestehen Zeichen eines unvollständigen Basedow: Exophthalmus, Vergrößerung der Schilddrüse, Reizbarbeit, Wallungen und Schweißausbrüche. Diese Beobachtung, sowie mehrere aus der Literatur, scheinen für einen Zusammenhang dieser beiden Leiden zu sprechen.

Lupus, mit heißer Luft behandelt, von Vignat. Ein Patient mit Lupus der Wange wurde, nachdem durch fünf Jahre die verschiedensten Behandlungsmethoden vergeblich angewendet worden waren, mit Röntgen, Finsen und (wegen Wassermann +) mit Hg behandelt. Als das Leiden trotzdem weiterschritt, wurde in Narkose der Herd exkochleiert und mit heißer Luft kauterisiert, worauf rapide Heilung eintrat.

Keratosis plantaris unilateralis syphilitica, von Gaucher, Bricout und Meaux Saint-Marc. Ein Mann hatte vor 32 Jahren Syphilis akquiriert; nach einem Jahre traten Erscheinungen an der Ferse auf, die sich langsam verbreiteten. Bei der Aufnahme sah man auf der rechten Fußsohle und auf den Zehenrücken wuchernde Keratosen von schwarzem, fettigem Aussehen. Die Verfasser betrachteten die Affektion für syphilitisch und leiteten eine Quecksilberkur ein, wodurch bedeutende Besserung erzielt wurde.

Ein Jahr Praxis mit Salvarsan an der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis im St. Josefs-Hospital zu Lissabon, von Carlos da Silva. Verfasser kommt zu folgenden Resultaten: Die vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen behandelten Kranken dürften definitiv geheilt sein. Nachher genügt eine einmalige Behandlung nicht mehr. Jedesmal wurden die syphilitischen Erscheinungen prompt beeinflußt. Die Kontraindikationen bestehen nur bezüglich Dosierung und Technik. Es gibt zweierlei Reaktionserscheinungen: a) toxische, wie Kopfschmerzen, Durchfälle, Erbrechen usw., b) sog. therapeutische, wie Fieber, die von der Dosis und von der Menge der Spirochäten abhängen.

Reines destilliertes Wasser bei der Herstellung der Salvarsanlösung, von Emery. Verfasser bespricht zuerst die diesbezüglichen Arbeiten und bringt dann seine Beobachtungen. Er fand, daß die intravenöse Salvarsaninjektion eine Zerstörung der roten Blutkörperchen bedingt, die auf 800000—1200000 pro ccm sich belaufen kann. Sie ist unabhängig von dem Lösungsmittel, von der Geschwindigkeit der Injektion und der Menge des Salvarsans. Die Hämolyse ist nur vorübergehend. Da andererseits die Gefährlichkeit der Kochsalzlösung erwiesen ist, empfiehlt sich die Anwendung von bloßem destillierten Wasser.

Perineuritis ischiadica nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion, von F. Balzer und P. de Champtassin. Im Juli 1911 hatte Balzer einen Patienten demonstiert, der nach einer intraglutäalen Injektion von 0,2 Salvarsan links heftige Schmerzen im Beine bekam, an die sich Atrophie der Glutäen, der Oberschenkelmuskel, der Fußbeuger, Peronei und Zehenstrecker anschlossen. Durch Bäder und entsprechende Mechanotherapie wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Diese spricht dafür, daß es sich nicht um eine destruierende Neuritis des Stammes, sondern um eine Perineuritis handelte.

Symmetrische Lipomatose mit multipler Lokalisation, von Balzer und Belloir. Bei dem 73jähr. Manne waren vor etwa 30 Jahren Lipome am Nacken auf-

Digitized by Google

getreten, denen solche in der Lendengegend folgten. In den letzten Jahren erschienen sie auf dem Bauche und dem Thorax. Auffällig ist die Symmetrie.

Isoliertes Favusskutulum auf dem linken unteren Augenlide, von BRAULT. 44jähr. Italienerin, die am linken Unterlide ein typisches, schwefelgelbes, trockenes Favusskutulum hatte. Mikroskopisch fand sich Achorion Schönleinii.

Tuberkulöse Phagedän der Vulva, von J. BRAULT. Ein 7jähr. Mädchen hatte seit zwei Monaten Geschwüre an der Vulva, die jeder Behandlung trotzten. Sie hatte auf den kleinen Labien, der Innenfläche der großen und auf der Klitoris Geschwüre mit steilen Rändern, dunkelrotem oder graugelbem, etwas körnigem Grunde. Die befallenen Teile waren stark infiltriert. Trotz der Behandlung griffen die Ulzerationen später weiter, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, und die Kranke starb unter peritonealen Erscheinungen. Histologisch fanden sich zwar keine typischen Tuberkel, aber massenhaft Tuberkelbazillen. Impfung auf Meerschweinchen hatte positives Resultat.

Sitzung vom 6. Juni 1912.

Herxheimersche Reaktion und Herstellung der Salvarsanlösung, von LEREDDE. Verfasser bespricht nochmals die bekannt gewordenen Nebenwirkungen des Salvarsans sowie auch seine diesbezüglichen Arbeiten. Er präzisiert seinen Standpunkt, daß Todesfälle, die dem Salvarsan zugeschoben werden, in 95% der Fälle sich auf eine andere Weise erklären lassen.

Ein Fall von Hallopeauscher Krankheit, von BROCQ und FRANÇON. Bei der 49jähr. Patientin begann die Krankheit vor einem halben Jahre am rechten Fuße und verbreitete sich dann auf den linken, die Beine, Vulva, Achselhöhlen und schließlich auf die Lippen. Es traten zuerst Blasen auf, die rasch vegetierend wurden und sich dann exzentrisch verbreiteten. Man sieht jetzt große Herde; diese bestehen in der Peripherie aus Epidermisabhebungen mit klarer oder trüber Flüssigkeit, die teilweise konfluieren und eine nässende, von einem Epidermissaum begrenzte Fläche bilden; dann folgt eine Zone, wo die Kutis, grau- oder braunrot, mammeloniert ist oder nässend stark papillomatös. Das Zentrum ist eben, braun gefärbt. Außerdem vereinzelte Vesikopusteln. An den Beinen fehlt der zentrale regressive Herd. Auf den Beinen zirzinäre, erythematöse und urtikarielle Effloreszenzen, die stark jucken. Die Verfasser sehen in diesem Falle Symptome des Pemphigus vegetans, der Pyodermite végétante und der Dermatitis herpetiformis vereinigt, möchten aber noch keine sichere Diagnose stellen.

Lymphangitis nodularis durch den Ducreyschen Bazillus verursacht, von GAUCHER, GOUGEROT und MEAUX SAINT-MARC. Der Kranke hatte rasch verheilende weiche Geschwüre im Sulcus coronarius, kompliziert durch hartnäckige Leistenbubonen. Zwei Wochen nach diesen erschienen auf der dorsalen und abdominalen Seite des Penis, knapp hinter der Eichel, kleine Lymphgefäßentzündungen (Bubonuli), die aber nicht den üblichen Weg zur Vereiterung nahmen, sondern indurierten, eine Fistel bildeten, aus der sich eine seröse, Streptobazillen enthaltende Flüssigkeit entleert.

Erbsyphilis, von GAUCHER, GOUGEROT und MEAUX SAINT-MARC. Der 17jährige Kranke bemerkte mit 12 Jahren eine beginnende Skoliose; von da an blieb er im Wachstume stehen. Außer Zwergwuchs und Skoliose hat er Asymmetrie des Gesichts, hohen Gaumen, Zahndeformitäten und nußgroße Enchondrome in den Ohren. Die Zeichen scheinen für Erbsyphilis zu sprechen.

Familiärer peripilärer Nävus, von GAUCHER, GOUGEROT und MEAUX SAINT-MARC. Ein Patient hatte am ganzen Stamme 2—4 mm große, runde, kaum erhabene Knötchen, die von einem Haare durchbohrt sind. Die Haut ist normal. Die Geschwister des Patienten haben dieselben Veränderungen.

Digitized by Google

Lupus sclerosus des Gesichts und der Hände, Epitheliom auf Lupus, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Der 46jähr. Patient leidet seit seinem dritten Lebensjahre an Lupus vulgaris des Gesichts und des rechten Handrückens. Seit einem halben Jahre hat sich an letzterer Stelle eine vegetierende, ulzerierte, charakteristische, epitheliomatöse Zone gebildet. Auf dem rechten Vorderarme finden sich regelmäßige, polyzyklische, glatte und depigmentierte Narben, die als syphilitisch angesprochen werden, welche Diagnose durch die Seroreaktion bestätigt wird.

Hautsyphilide 50 Jahre nach dem Primäraffekt, von Gaucher und Giroux. Der 68jähr. Patient hatte mit 18 Jahren eine Sklerose am Penis, die von keinerlei Erscheinungen gefolgt war. Seit fünf Monaten traten im Gesicht und auf den Armen typische ulzero-krustöse, tertiäre Syphilide auf. Heilung durch kombinierte Behandlung.

Syphilitische Paraplegie und Verblödung bei einem niederen Affen (Macacus rhesus), von Milian und Girauld. Ein kräftiger Makake war mit Material von einem menschlichen Schanker geimpft worden. Er hatte typische Sklerosen an den Augenbrauen, die von keinerlei Sekundärerscheinungen gefolgt waren. $8^1/_2$ Monate nach Auftreten des Schankers begann eine Parese der Hinterbeine, die sich allmählich zur völligen Lähmung steigerte. Nach etwa $2^1/_2$ Monaten begann ein Verblödungsprozeß, der ähnliche Erscheinungen wie progressive Paralyse macht. Das Tier ist teilnahmslos, das Minenspiel ist verschwunden, die Fäzes gehen spontan ab. Hebt man es an der Nackenhaut empor, erfolgen keine Abwehrbewegungen, keine Schmerzensäußerungen bei Stichen usw., Argyll-Robertsonsches Zeichen fehlend. Die Verfasser halten die Erscheinungen für syphilogen.

Roseola, 9 Monate nach Salvarsanbehandlung, von Milian. Ein Kranker hatte wegen einer Sklerose 0,3, 0,4, 0,5 und 0,6 Salvarsan intravenös erhalten. Neun Monate später trat ein diffuses, charakteristisches, primäres, makulo-papulöses Exanthem ohne Kreisbildung auf. M. glaubt, daß Salvarsan eine gewisse immunisierende Wirkung gegen die autochthonen Spirochäten hat.

Wassermannsche Reaktion in einem Gelenkergusse bei einem Syphilitiker, von L. Jacquet und Durand. Ein Kranker, der Tripper und Syphilis gehabt hatte, wurde von einer Schwellung des rechten Knies befallen. Es wurden 25 ccm einer klaren Flüssigkeit abgelassen, die positive Wassermannsche Reaktion zeigte. Trotzdem glauben die Verfasser nicht an ein syphilitisches Gelenkleiden.

Vorläufige Mitteilung über einen Todesfall nach Salvarsanbehandlung, von Troispontaines-Lüttich. 24jähr. gesundes Mädchen erhält ohne Folgeerscheinungen 0,5 Salvarsan intravenös; sieben Tage später dieselbe Dosis. Nach vier Tagen Tod im Kollaps; der Liquor war normal, das Gehirn und Rückenmark kongestioniert.

Paramammale Drüsenschwellung in der Sekundärperiode der Syphilis, von Balzer und Belloir. Ein 24jähr. Mann zeigte seit dem Auftreten des ersten syphilitischen Exanthems hochgradige allgemeine Drüsenschwellung. Besonders bemerkenswert war je eine taubeneigroße Drüse am unteren Pektoralisrande, neben der Mamma.

Weicher Schanker am Mittelfinger mit heißer Luft behandelt, von F. Balzer und Belloir. Ein 37jähr. Mann hatte weiche Schanker am Genitale und bekam durch Autoinokulation einen am Mittelfinger, dem ein Bubonulus auf dem Handrücken folgte. Die Geschwüre waren sehr resistent und konnten erst durch heiße Luft zur Heilung gebracht werden. Gleichzeitig entwickelte sich Steifigkeit des Mittelfingers, in geringerem Grade des Ringfingers. Die Verfasser betrachten diese als Effekt des sklerosierenden Entzündungsprozesses.

Zwei Fälle von Sporotrichose der Hand durch berufliche Infektion, von F. Balzer, Belloir und Lamare. Zwei Arbeiter, die im selben Betriebe damit be-

Digitized by Google

schäftigt waren, Porzellansachen in Stroh zu verpacken, zeigten Ulzerationen des linken Handrückens. Beim ersten sahen die Läsionen wie Lupus aus, beim zweiten wie Sporotrichose. Das Kulturverfahren ergab in beiden Fällen Sporotrichum Beurmanni. Infektion wahrscheinlich durch das Stroh.

Panaritium sporotrichoticum, von Gastou und Bonneau. Eine Patientin stach sich an einem Strauche, worauf sich ein Panaritium entwickelte, das der Behandlung trotzte und gangränös wurde, so daß der Finger abgenommen werden mußte. Vor und nach der Operation erschienen auf dem Vorderarme Knötchen an den Lymphgefäßen, in denen schließlich Sporotrichum Beurmanni gefunden wurde.

Entwicklungsstörung des Binde- und Knochengewebes. Schlaffer Nävus, von Gastou und Rosenthal. Bei dem 12jährigen Knaben war seit der Geburt das linke Bein rascher gewachsen als das rechte. Gleichzeitig entwickelte sich ein weicher Tumor auf dem linken Oberschenkel. Das linke Bein ist stark hypertrophisch.

Die Anwendung der Wassermannschen Reaktion mit inaktiviertem und nichtinaktiviertem Serum, von A. L. Hallion und Bauer. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Die pathogene Rolle der mineralischen Verunreinigungen des destillierten Wassers, von Emery. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über Neosalvarsan, von Hudelo, Montlaur und Bodineau. Verf. haben 21 Kranke mit Neosalvarsan behandelt und zwar 4 im Primärstadium, 12 im sekundären und 5 im tertiären. 19 von ihnen erhielten innerhalb 1 Woche 0,3, 0,45, 0,6 und 0,75, die beiden anderen nur je 2 Einspritzungen. Die Injektion erfolgte intravenös, in einer Lösung von 0,01 auf 1,5 dest. Wasser. Die Verf. finden, daß Neosalvarsan sichere Vorteile gegenüber Salvarsan hat. Es ist jetzt infolge der leichten Löslichkeit des Mittels stets eine frisch bereitete Lösung zu injizieren, bei der jedwede andere Manipulation, wie Alkalinisieren, wegfällt. Durch die stärkere Konzentration ist auch die Injektionsdauer kürzer; durch die rasche Aufeinanderfolge der Injektionen ist die Behandlungsdauer abgekürzt. Die Heilwirkung des Neosalvarsans ist mindestees ebenso groß wie die des Salvarsans. Allerdings haben die Autoren zahlreiche Reaktionserscheinungen gesehen. Während der Injektion klagten die Kranken über Steifigkeit der Glieder; in etwa der Hälfte der Fälle folgte hohes Fieber mit Schüttelfrösten, Erbrechen, Kopfschmerzen. Sechs Patienten hatten Exantheme von verschiedenem Charakter, die bald verschwanden. Nur eine Kranke mit Stomatitis mercurialis und tertiärer Syphilis wurde von einem pemphigoiden Ausschlage befallen. Die Diurese wurde fast stets etwas vermindert.

Erste Beobachtungen über Neosalvarsan, von Leredde. Neosalvarsan ist ebenso wirksam wie Salvarsan, seine Technik ist aber viel einfacher, so daß es jenes vielleicht ersetzen kann. Es wird zu 0,015 pro Kilogramm Körpergewicht iniziert. Die Kontraindikationen sind dieselben wie bei Salvarsan (Myokarditis, Nephritis, Nervenerkrankungen usw.).

Die Wahl des Lösungsmittels für Neosalvarsan, von Gastou. Demonstration ultramikroskopischer Bilder von Salvarsan- und Neosalvarsanlösungen in destilliertem Wasser und in physiologischer Kochsalzlösung, sowie von Serum nach der Injektion der Lösung.

Injektionen von Neosalvarsan, von Gastou. Verf. hat sich vorzüglich mit der intramuskulären Injektion beschäftigt und zwar hat er 0,45 und 0,75 in 10 oder 20 ccm dest. Wassers gegeben. Die syphilitischen Erscheinungen verschwanden in wenigen Tagen. Durch 0,75 in 10 ccm Wasser wurde eine starke, schmerzhafte Schwellung

Digitized by Google

der Nates hervorgerufen. Die Schwellung verging in 5—6 Tagen, die Schmerzen hielten etwas länger an. Es ist notwendig entweder die Dosis herabzusetzen, oder die Menge der Lösungsflüssigkeit zu erhöhen. Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Mai 1912.

1. Beitrag zum Studium der experimentellen Syphilis, von Johanna Feilberg. Die Verfasserin hat eine größere Anzahl von Kaninchen geimpft und zwar mit Stückchen von Primäraffekten oder von hypertrophischen Papeln. Sie zerkleinerte diese und verimpfte sie gleich oder emulgierte sie in Kochsalzlösung. Die Impfung erfolgte subskrotal, intertestikulär, intraokulär oder intravenös (nach Uhlenhuth und Mulzer). Die beiden letzten Methoden ergaben negative Resultate, während die beiden ersteren zu guten Erfolgen führten. Die Verfasserin konnte bis zur dritten Passage weiterimpfen; mit den Passagen stieg die Zahl der positiven Resultate, dagegen machte sich eine Abnahme der Virulenz bemerkbar. Die schönsten Erfolge hatten die Impfungen mit Sklerosen. Nach einer Inkubation von $2^1/_2$—3 Monaten trat der positive Impferfolg ein und zwar in einer der folgenden Formen: 1. als Ulzeration, unter deren Kruste zahlreiche Spirochäten zu finden sind. Nach Exzision einer solchen Ulzeration erfolgen häufig Rezidive; 2. als frei beweglicher Knoten; 3. als kleine sagoähnliche Knoten des Skrotums; 4. als Orchitis diffusa oder circumscipta. Verfasserin erwähnt ferner noch drei Kaninchen, bei denen es zu Allgemeinerscheinungen in Form von krustösen Papeln an Auge und Schnauze gekommen war, die zahlreiche Spirochäten enthielten. Bei zweien von diesen war es zu keiner Primäreffloreszenz gekommen, bei einem zu den erwähnten sagoähnlichen Körnern.

2. Nephritis und syphilitischer Schanker (Nephritis praeroseolica), von Ch. Audry. Verfasser berichtet über drei Kranke mit syphilitischem Primäraffekt, die vor dem Erscheinen des Exanthems Albuminurie hatten. Der erste Fall betraf einen 56jährigen Mann mit beträchtlichem Eiweißgehalte im Urin; durch energische spezifische Behandlung wurde zwar die Sklerose, aber nicht die Albuminurie zum Verschwinden gebracht. Beim zweiten, einem 18jährigen Patienten, der 15‰ Eiweiß hatte, wurde dieses durch Hektin und Salvarsan auf minimale Spuren reduziert, kam aber wieder, um nach weiterer Behandlung zu schwinden. Der dritte, gleichaltrige Kranke verlor ebenfalls die Albuminurie völlig durch Salvarsaninjektionen. Audry hält den Zusammenhang der Albuminurie mit der Syphilis für fast sicher und betrachtet sie als ein Frühsymptom, das den sogenannten Sekundärerscheinungen bedeutend vorauseilt.

3. Eine neue Mykose: Parendomycosis gummosa ulcerosa, verursacht durch einen neuen Parasiten: Parendomyces Balzeri, von Balzer, Gougerot und Burnier. Eine 26jährige, sonst gesunde Frau bemerkte vor zwei Jahren einen nußgroßen Knoten an der Außenseite des rechten Oberschenkels, der indolent war, sich vergrößerte, spontan aufbrach und eine eitrig-blutige Flüssigkeit entleerte. In der Umgebung dieses Knotens entstanden einige andere nicht so große. Bei der Aufnahme fand man an der Innen- und Außenseite des rechten Oberschenkels violette infiltrierte Plaques, die stellenweise ulzeriert waren, und Narben. An der Innenseite bestand ferner ein nußgroßer, fluktuierender Knoten in normaler Haut. Auf Joddarreichung trat rapide Heilung ein. Aus dem besagten Knoten wurde eine gelbliche, krümelige Flüssigkeit aspiriert, die auf Maltose-Gelose verimpft wurde. Nach fünf Tagen erschienen vereinzelte weißliche Kulturen eines Hefepilzes; durch das Serum des Kranken wurde dieser Pilz, aber nicht Sporotrichum Beurmanni agglutiniert.

Digitized by Google

Der Pilz bildet auf Maltose-Gelose zuerst kleine, weiß glänzende, mammelonierte Kulturen, die aber rasch wachsen, Mühlsteinform annehmen, gelblich und trocken werden. Auf anderen Nährböden bekundet der Parasit ein ähnliches Verhalten. Im Abstrich zeigen sich in jungen Kulturen rundliche oder ovale Hefezellen; je älter jene werden, desto mehr bilden sich Fadenformen. Beim Meerschweinchen und Kaninchen bedingt der Pilz den Tod durch Septikämie. Die Verfasser erörtern dann genau die Klassifikation des neuen Pilzes und weisen kurz auf die bisher beschriebenen, durch Hefepilze verursachten Dermatosen hin.

4. Knötchenförmige Sklerosierung des Corpus cavernosum bei einem alten Syphilitiker, von Henri Pied. Ein 40jähriger Mann klagte über Beschwerden bei der Erektion, die sich bis zur Krümmung des Gliedes steigerten. Es fanden sich zwei Querfinger hinter der Fossa navicularis zwei indolente Knoten; die Harnröhre war nicht verengt. Da der Patient angab, 22 Jahre vorher Syphilis gehabt zu haben, wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet, die die Knoten zum Verschwinden brachte und die normalen Funktionen wiederherstellte. Pied erwähnt hierbei eine Beobachtung, die einen tertiär Syphilitischen betraf, bei dem eine Urethrotomia externa vorgenommen werden mußte. Es fand sich hierbei das kavernöse Gewebe in der Bulbusgegend völlig sklerotisch.

5. Malum Potti, wahrscheinlich hereditär-syphilitischen Ursprungs, von Henri Pied. Verfasser wurde zu einem Landarbeiter gerufen, der über Beschwerden in der Nierengegend bei der Arbeit und über Schmerzen an derselben Stelle bei Nacht klagte. Es fand sich eine Kyphose der Lendenwirbelsäule, die noch nicht konsolidiert war und keinerlei Druckschmerzhaftigkeit zeigte. Ferner fand sich Fehlen der Patellarreflexe, Zahndeformitäten und ein Tumor des linken Psoas. Der Kranke litt schon seit acht Jahren an Beschwerden in der Lumbalgegend. Verfasser nahm eine syphilitische Genese des Prozesses an und leitete neben einer orthopädischen Behandlung antisyphilitische Kuren ein. Nach der vierten Kur war die Wirbelsäule fast normal, die Schmerzen und der Psoastumor verschwunden, die Patellarreflexe wiederhergestellt.

6. Ein atypischer Fall von Erythema polymorphum bullosum, von Brac. Ein 28jähriger Mann, der schon öfters an Blasenschüben gelitten hatte, zeigte bei seiner Spitalaufnahme zahlreiche, teils eitrige Blasen auf Händen und Füßen, sowie runde, rote Plaques auf der Bauchhaut. Durch vegetarische Diät erfolgte rasche Heilung, wobei lebhafte Schuppung eintrat.

Juni 1912.

1. Mycetoma mit schwarzen Körnern in Algier. Isolierung von Madurella mycetomi, von J. Brault. Ein 15jähriger Araber hatte auf dem linken Fußrücken einen nußgroßen fluktuierenden Tumor, der seit acht Jahren bestehen soll, aber erst in der letzten Zeit stark gewachsen war. Die Punktion ergab eine blutig-eitrige Flüssigkeit mit schwarzen Körnern. Heilung durch Exkochleation und Kauterisation. Die schwarzen Körner waren stecknadelkopf- bis getreidekorngroß, hart, rauh, leicht zerbrechlich und erwiesen sich unter dem Mikroskop als Filzwerk eines Pilzes. In histologischen Präparaten wurden dieselben Gebilde gefunden. Auf den gebräuchlichen Nährböden entwickelten sich zerstreute graue, flaumige Kulturen. Der Verfasser hielt den Pilz für eine Varietät von Oospora Tozeuri (Nicolle und Pinoy). Pinoy, der den Pilz näher untersuchte, fand aber, daß diese schwarzen Körner absolut den bei Madurella mycelomi beschriebenen ähnlich waren. Deshalb setzt er das Genus Madurella fest, das in Madurella mycetomi (Lavaran, Brault) und Madurella Tozeuri (Nicolle und Pinoy) zerfällt.

Digitized by Google

2. Herdförmige gemischte Sklerodermie. Heilung durch Thyreoidin, von J. Nicolas und H. Moutot. Ein dreijähriges Mädchen wurde wegen hypertrophischer, infiltrierter Herde, die seit drei Monaten bestanden, zur Behandlung gebracht. Auf dem rechten Unterschenkel waren die Herde im Niveau der Haut, weißlich, von einem violettrötlichem Saume umgrenzt, auf der Oberfläche glatt, nicht schuppend. Beim Zutasten fühlte man eine tiefe, speckartige Infiltration, die Haut ließ sich nicht in Falten aufheben. Auf den Handrücken dagegen und dem rechten Oberschenkel waren die Herde 2—3 mm erhaben, über die Umgebung überhängend, ohne peripheren Ring, von weißlicher, wachsartiger, der normalen Haut ähnlicher Farbe. Die Oberfläche mammeloniert, im Zentrum leicht deprimiert, die Infiltration weniger derb. Obwohl die Schilddrüse normal war und keine Anzeichen von mangelhafter Funktion gefunden werden konnten, gaben die Verfasser doch Thyreoidin. Das Kind nahm 6,5 g innerhalb von vier Monaten und wurde dadurch völlig geheilt. Die Verfasser weisen auf die Seltenheit der hier vorgefundenen tuberösen Form der Sklerodermie und auf den günstigen Effekt der Schilddrüsenbehandlung hin.

Ein Fall von Leucoplasia penis (Kraurosis), von Pellier. Ein 35jähriger Mann bemerkte einen Einriß im Frenulum, der schließlich zu dessen völliger Durchtrennung führte. Gleichzeitig wurde die Retraktion der Vorhaut schwerer und es bildeten sich stets Einrisse am Margo. Bei der Aufnahme zeigte die Eichel eine weiße, stellenweise stärker ausgeprägte Farbe. Ihren mittleren Teil umschloß ein gelbroter, stellenweise erodierter Ring, über dem die Epidermis stark verdünnt war. Die Harnröhrenmündung war stark verengt, die Eichel asymmetrisch. Die Vorhaut war ebenfalls weiß verfärbt und zeigte rote Herde mit verdünnter Epidermis; das Frenulum fehlte völlig. Histologisch fand sich eine chronische, in Atrophie ausgehende Entzündung. Verfasser glaubt annehmen zu können, daß die Atrophie direkt an die Entzündung sich anschloß. Die Gestaltsveränderung der Eichel und das Verschwinden des Frenulums scheinen die Affektion der Kraurosis vulvae zu nähern.

7. internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilidologie.
Behandlung der Syphilis. Richard Frühwald-Leipzig.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

(Juli 1911, 14. Jahrgang, Nr. 163.)

Technik der rektalen Applikation des Salvarsans, von Luis del Portillo. Die Schwierigkeiten, welche der intravenösen Salvarsaninjektion teils von seiten des Zirkulationsapparates, teils infolge anatomischer Verhältnisse der Injektionsstelle im Wege stehen, haben den Verfasser veranlaßt, das Salvarsan auf rektalem Wege zu verabfolgen. Vorher machte er aber eine Reihe von Laboratoriumsversuchen am Kaninchen, um erstens die lokale Wirkung des Salvarsans auf die Darmschleimhaut und zweitens die Toxizität des vom Darme aus resorbierten Salvarsans zu prüfen. Er fand dabei, daß sich eine leicht alkalische Salvarsanlösung, in physiologischer Kochsalzlösung in einer Menge von 10 ccm und in tödlicher oder nicht tödlicher Dosis injiziert, während der ganzen Dauer der Resorption nicht zersetzte. Zugleich machte eine wöchentlich wiederholte Injektion einer nicht letalen Dosis keine makroskopisch sichtbaren Läsionen. Er fand ferner, daß ein mehrere Tage vorher ganz trocken genährtes Kaninchen die Lösung viel besser resorbierte als ein anderes, das wasserreiche Nahrung bekam. Gestützt auf alle diese Beobachtungen geht der Verfasser am Menschen folgendermaßen vor: der Kranke bekommt drei oder vier Tage vor der Injektion keine Flüssigkeiten. Acht oder neun Stunden nach der gewohnten Zeit der Stuhlentleerung wird der Darm

Digitized by Google

gründlich ausgespült, und der Kranke bekommt eine subkutane Morphiuminjektion, um ein Wiederausstoßen der Infektion zu verhindern. Die Lösung wird bei 40° injiziert. Nach der Injektion kommt der Kranke ins Bett. Die Reaktion, welche immer viel weniger heftig ist als bei der intravenösen Methode, tritt gewöhnlich nach zwei oder drei Stunden ein. Am folgenden Tag kann der Kranke wieder seinem Geschäft nachgehen.

Ein neuer Apparat, um Blut zu Untersuchungszwecken aufzufangen, von Ramón Lobo Regidor. Es ist ein Bierscher Schröpfkopf, der mit einem Reagenzglas verbunden ist.

Ein Fall von totaler Alopekie im Verlauf einer luetischen Infektion, geheilt mit Salvarsan, von Hernandez Sampelayo. Bei einem 30jährigen Kranken trat im ersten Jahre der Infektion eine Alopecia areata auf, welche im Laufe von fünf Jahren eine völlige Kahlheit erzeugte. Er bekam zwei intravenöse Salvarsaninjektionen von 0,4 und stellte sich sieben Monate später als vollständig geheilt wieder vor.

23 Fälle von Tabes, die mit Salvarsan und nach der Denslowschen Methode behandelt wurden, von R. Royo Villanova. Von den tabischen Symptomen sind nicht zu beseitigen die Pupillenveränderung, die Amyotrophien und Arthropathien, gebessert wurden öfters die Ataxie, das Rombergsche Symptom, die Neuralgien und die Inkontinenz, immer die lanzinierenden Schmerzen und die Magendarmstörungen. Ganz behoben wurden meistens die Anästhesien. A. Gunsett-Straßburg.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 6, Heft 1—4 und 3 Beihefte.

Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritiden, von Cholzow. Verf. hat drei Fälle von chronischer Nephritis mit Dekapsulation, resp. Nephrotomie behandelt, zunächst um die Beschwerden zu lindern, aber er hat auch gute Resultate bezüglich der Eiweißausscheidung erzielt.

Die sexuelle Neurasthenie, von Porosz. Die sexuelle Neurasthenie gehört, was ihre Behandlung anbelangt, sowohl den Hydrotherapeuten als auch den Urologen. Verf. schildert den Symptomenkomplex der sexuellen Neurasthenie und weist auf die oft vorkommende Atonie der Prostata hin, gegen die Faradisation von gutem Nutzen ist. Im übrigen sollen Hydrotherapeuten und Urologen Hand in Hand gehen.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der Prostatakörner, von Björling. Die hyalinen Prostatakörner werden in der Prostata gebildet; die Lipoidkörner entstehen in den Drüsenzellen der Prostata; ins Sekret gelangen sie dadurch, daß sie von Leukozyten herausgetragen werden, die dann zerfallen, so daß die Lipoidkörner frei werden.

Zur Bestimmung der Residualharnmenge, von Adrian. Da es ja unrichtig ist, die Menge des Residualharns durch vollständige Entleerung der Blase mittels des Katheters zu bestimmen, hat Verf. einige Methoden ersonnen, die die Mengebestimmung ermöglichen, ohne den Patienten zu schädigen. Auf chemischem Wege läßt sich das erreichen durch Bestimmung einer im normalen Harn vorhandenen Substanz, z. B. des Kochsalzes, dessen Menge man zunächst in einer bestimmten Portion abgelassenen Urins bestimmt, und dann wieder nach Zufügung einer bestimmten Menge destillierten Wassers (Volhardsche Fixationsmethode). Ähnlich kann man verfahren unter Zufügung einer nichtbestimmbaren, körperfremden, ungiftigen Substanz, z. B. Traubenzuckerlösung. Physikalisch kommt in Betracht die Gefrierpunktsbestimmung des verdünnten und unverdünnten Harns und seine elektrische Leitungsfähigkeit.

Zur Morphologie und Topographie der Niere, von Ernst Wolff. Verf. hat an 16 Nieren genaue Maße genommen, die er beschreibt.

Digitized by Google

Anurie bei Solitärniere, von GIORDANO. Dem Patienten war früher wegen Blutung nach Nephrotomie (Pyelitis und Tuberkulose) die linke Niere entfernt. Jetzt erkrankt er seit 6 Tagen an Anurie. Um ihm schleunigst zu helfen, macht Verf. die Nephrotomie, die schnell die Nierentätigkeit wiederherstellte.

Fernkomplikationen bei transvesikalen und perinealen Prostatektomien. Prä- und postoperative Geistesstörungen, von GUISY. Verf. beobachtete in einzelnen Fällen bei Erkrankungen der Prostata Geistesstörungen. Die innere Sekretion der Prostata wirkt direkt auf die psychomotorische Sphäre des Gehirns.

Zwei Fälle von Stich-Schnittwunden der Niere, von SOLOWOW. Im ersten Falle mußte die Niere entfernt werden, da sie vollständig durchgeschnitten war; im zweiten Falle gelang es Heilung unter Erhaltung der Niere zu erzielen.

Versuche mit Prostatazytotoxin, von SELLEI. Bei Hunden konnten durch Behandlung mit Prostataemulsion und mit Immunserum Prostataveränderungen erzielt werden. Auch die klinischen Erfahrungen waren bei Entzündungsprozessen der Prostata günstig.

Wege und Ziele der modernen Urologie, von POSNER.

Ureterstein als ätiologisches Moment für Blasentumoren, von LOTSY. Der im unteren Ende des Ureters eingekeilte Stein hatte zur Bildung eines Papilloms geführt. Nach Abtragung desselben entleerte sich der Stein und es trat völlige Heilung ein.

Zur Diagnose der Hydronephrose vortäuschenden Erkrankungen, von TRINKLER. Der eine Fall wies statt der Hydronephrose eine mehrfach achsengedrehte Ovarialzyste als Operationsbefund auf. Im zweiten Fall handelte es sich um einen stark verlagerten Leberlappen.

Zur klinischen Bedeutung des Fettharns, von TH. COHN. Der Patient litt an ausstrahlenden Schmerzen in die Eichel, die in der Ruhe schwanden. Da sich objektiv nichts nachweisen ließ, wurde er zunächst als Simulant angesehen, bis nach $2^1/_2$ Jahren Fettharn beobachtet wurde und nun ließ sich ein Hypernephrom der rechten Seite nachweisen. In einem andern Falle erkrankte ein bis dahin gesunder Knabe nach einer fieberhaften Erkrankung an Fettharn, ohne daß sich bis jetzt eine Erklärung dafür fand.

Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege, von MICHAILOFF. Verf. fand bei einer blasenkranken Frau zystoskopisch im Fundus und in der Gegend des Trigonum mit gelblichgrauen Krusten bedeckte Papeln: WASSERMANN und der Erfolg der Therapie bestätigten die Diagnose Syphilis.

Gedenkworte für den verstorbenen Professor ALBARRAN, von LEGUEU.

Eine Dauerinjektion für die Harnröhre des Mannes, von P. ASCH. Bei chronischer Urethritis anterior ohne Gonokokken erzielte Verf. gute Resultate durch Injektion einer Paraffinmischung mit leichten Adstringentien, die er in der Harnröhre erstarren ließ. Sie konnte dann bis zu 12 Stunden drinnen gelassen werden.

Die Kochsalzausscheidung der Nieren mit besonderem Bezug auf das Theocin natrium aceticum, von SELLEI. Bei normalen Nieren steigt auf Theozin die Nierenausscheidung, und die spezifischen Gewichte weichen von den normalen nur wenig ab. Bei Nephritiden sind die Chlornatriumwerte viel geringer, als bei normalen Sekreten.

Instrument zur Behandlung der vorderen Harnröhre mit Spülmassage, von E. WOSSIDLO. Auf einer festen Leitsonde gleiten durchbohrte olivenförmige Knöpfe, die mit einem Rohr verbunden sind, durch das die Spülflüssigkeit zu ihnen geleitet wird. Die Dicke der Knöpfe schwankt zwischen 20 und 30 Charr. Bei der Benutzung schiebt man unter gleichzeitigem Spülen die Knöpfe hin und her.

Digitized by Google

Über den Befund massenhafter Körnchenkugeln im Prostatasekret, von Goldberg. Die Zusammenhäufung der Lipoidtropfen fand Verf. begünstigt durch Retention des Prostatasekrets. Diese Retention wird begünstigt durch Unterlassung des normalen Koitus.

Notiz zur Röntgendiagnose der Harnsteine, von Seelig. Reine Harnsäuresteine können bei den gewöhnlichen Methoden der Röntgenphotographie unerkannt bleiben. Die drei Beihefte enthalten den Bericht über die Verhandlungen des III. Urologischen Kongresses in Wien (September 1911). F. Hahn-Bremen.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Juni 1912.

Die Pyelotomie bei Nierensteinen, von P. Bazy. Die Pyelotomie ist bei der Entfernung der Nierensteine immer die Methode der Wahl, die Nephrotomie soll nur gemacht werden, wenn man dazu gezwungen ist. Die Pyelotomie ist eine viel benignere Operation, welche Blutungen vermeidet und die Höhlen der Niere auszuwaschen gestattet, so daß damit zu gleicher Zeit die Infektion des Nierenbeckens geheilt werden kann. Der Verfasser teilt zwei Krankengeschichten mit, welche dies beweisen. Bei beiden Kranken waren die Harnwege stark infiziert, nach der Operation war bei dem ersten der Urin vollständig klar, beim zweiten, dessen Urin vorher von Bakterien wimmelte, waren nur noch wenige Bakterien nachzuweisen. Dieses Resultat hätte nicht mit der Nephrotomie erreicht werden können.

Die Zystoradiographie, von Legueu, Papin und Maingot. Die Verfasser studieren die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten der Radioskopie bei Blasenerkrankungen, welche besonders durch die Füllung der Blase mit Bismutum subnitricum (10 g auf 100 g Wasser) oder 7—8%iger Kollargollösung ermöglicht wird. Außer bei Blasenmißbildungen, Divertikeln, Balkenblase und Blasensteinen, wo sie die von anderer Seite gemachten Beobachtungen bestätigen konnten, gelang es ihnen auch einen Blasentumor zu photographieren. Allerdings ist dies nur bei voluminösen Tumoren möglich, welche ähnlich wie bei Magentumoren einen Ausfall am normalen Blasenröntgenbilde bedingen. Auch zur Kontrolle postoperativer Blasenzustände besonders nach Prostatektomien läßt sich das Verfahren verwenden.

Die Entzündung des Colliculus und seine direkten und indirekten Folgen, von P. Orlowski-Berlin. Als Ätiologie kommen bei der Entzündung des Colliculus in Betracht der Coitus interruptus, die Masturbation, das gewohnheitsmäßige Verzögern der Ejakulation, zu oft wiederholter Koitus und ähnliche Abweichungen vom normalen Geschlechtsverkehr. Viel weniger häufig spielt dabei die Blennorrhöe eine Rolle. Anfangs ist die Colliculitis nur durch eine einfache Hyperämie charakterisiert, die aber nur selten zur Beobachtung kommt. Nach Monaten und Jahren aber wird der Colliculus der Sitz von Exsudation, Infiltration und Volumzunahme, und es bildet sich ein Zustand von Hypertrophie heraus, welcher die verschiedensten Folgen haben kann. Oft handelt es sich dabei nur um reflektorische Beeinflussung des Allgemeinzustandes, hinzu kommen dann lokale Störungen, die auf die durch die Hypertrophie zustande kommenden Zirkulationsstörungen zurückzuführen sind. Hierher gehören Urethritis posterior, Cystitis colli, Epididymitis und Prostatitis chronica. Die Colliculitis ist von brennenden Schmerzen in der Harnröhre und in der Prostatagegend und von lanzinierenden Schmerzen der Inguinal- und Femoralgegend begleitet. Es ist aber absolut nötig, wenn es sich um einen reinen Fall handeln soll, daß sich in der Anamnese Andeutungen der oben erwähnten Sexualanomalien finden und daß die bei der Colliculitis als wichtigstes

Digitized by Google

Symptom in Betracht kommende Ejaculatio praecox vorhanden ist. Diese besteht immer im Beginn der Erkrankung, später verschlimmert sich dieses Symptom zu unwillkürlichem Samenverlust bei den geringsten sexuellen Reizen, dann bildet sich eine Insuffizienz der Erektionen und zuletzt vollständige Impotenz heran. Als Therapie empfiehlt O. eine Ätzung des Colliculus mit 20%iger Arg. nitric.-Lösung. Nach acht Tagen nimmt man eine je nach dem Falle mehr oberflächliche oder tiefere Galvanokauterisation desselben vor, welche bei Bedarf nach 14 Tagen wiederholt werden kann.

Asepsis und Infektion der tuberkulösen Urine, von RAFIN-Lyon. Aus 239 bakteriologischen Untersuchungen tuberkulöser Urine ergab sich folgendes: Aus 71 Urinen konnten Bakterien gezüchtet werden und zwar 58mal Staphylokokken, 3mal Coli, 2mal Streptokokken, 2mal Tetragenes, 3mal Pneumokokken und 3mal unbestimmbare Spezies. An der Anamnese der Fälle ergab sich, daß 37mal der Katheterismus schuld an der Infektion war.

Modus des Beginns der renalen Tuberkulose, von RAFIN-Lyon. R. untersuchte bei 160 nephrektomierten Patienten, mit welchen Symptomen ihre Erkrankung eingesetzt hatte. Er fand am häufigsten Blasensymptome, welche das Bild einleiteten. Nächsthäufig wurden Nierenschmerzen und selten Hämaturie als erstes Symptom angegeben. Auffallend ist, daß der Allgemeinzustand im Anfang nur selten notleidet.

Heilung einer perineo-prostatischen Fistel durch Bismutpaste, von ADRIEN LIPPENS-Brüssel. Die Fistel heilte in weniger als 4 Wochen mit zweimaliger Injektion von 1 resp. $^3/_4$ ccm 33%iger Bismutpaste.

Akute Prostatitis bei einem Prostatektomierten, von G. MARION. Drei Jahre nach der Operation stellten sich bei einem vollkommen beschwerdefreien 64jährigen Prostatektomierten nach sexuellen Ekzessen Schmerzen und Harnretention ein. Die Untersuchung ergab eine purulente Prostatitis, die in kurzer Zeit heilte. Der Fall beweist, daß man bei der Prostatektomie zwar das Adenom entfernt, daß aber die Prostata bleibt.

Voluminöser Rektalprolaps infolge von Blasentenesmus durch Steine bei einem Kinde, von MÉRIEL-Toulouse.

Die Epididymektomie in der Genitaltuberkulose, von MARINESCO. Die Epididymektomie mit Deferentektomie ist indiziert, wenn die Läsionen auf die Samenexkretionswege lokalisiert sind. Sie erlaubt es, den Hoden mit seiner wichtigen inneren Sekretion zu schonen. A. Gunsett-Straßburg.

Bücherbesprechungen.

Über kongenitale Syphilis; Entstehung, Erscheinungen und Behandlung, von FR. BERING-Kiel. (Carl Marhold, Halle a. S. 1912.) In Heft 4 des ersten Bandes der von JADASSOHN herausgegebenen Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie usw. bespricht BERING, unter Berücksichtigung der Ergebnisse der modernen Syphilisforschung in geschickter Zusammenstellung, den gegenwärtigen Stand der Lehre der kongenitalen Syphilis. Besonders eingehend ist der Therapie gedacht, wobei B. auf dem Standpunkt der kombinierten Behandlung mit Hg, Salvarsan und Jodpräparaten steht. Die gehaltvolle Abhandlung kann dem Praktiker empfohlen werden. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über eine Methode der Auswertung der Stärke der Wassermannschen Reaktion, von I. Desneux, B. Dujardin und E. Renaux-Bruxelles. (Journ. de Bruxelles, 1911, Nr. 34.) Es handelt sich in der vorliegenden Abhandlung um den Versuch einer quantitativen Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Das Prinzip der Versuchsanordnung beruht auf der Verwendung fallender Antigenmengen bei konstanten Mengen des Patientenserums und des Komplementes, bzw. des hämolytischen Systems. Die Verfasser halten auf Grund ihrer im Original zum Teil genauer wiedergegebenen Erfahrungen die Methode für geeignet zur Bestimmung der quantitativen Verhältnisse der Reaktionskörper des Syphilitikerserums. Falls sich die Beobachtungen weiterhin bestätigen sollten, so erhoffen die Verfasser von der Methode die Möglichkeit, den Einfluß einer antisyphilitischen Behandlung Schritt für Schritt an der Hand der Seroreaktion verfolgen und außerdem über das Verhalten der Reaktion in den verschiedenen Stadien der Syphilis Aufschluß erhalten zu können. Die Verfasser glauben fernerhin an die Möglichkeit einer Aufklärung des Wesens der Wassermannschen Reaktion durch die quantitative Methode.

Graetz-Hamburg.

Eine vergleichende Studie der Wassermann- und Weil-Kobra-Giftreaktionen auf Syphilis, von Hans J. Schwartz-New York. (New York med. Journ., 6. Jan. 1912.) Nach genauer Beschreibung der von Weil (Cornell-Universität) als Ersatz für die Wassermannsche Reaktion im J. 1909 beschriebenen Kobragiftreaktion, welche im Hauptprinzipe auf hochgradiger Resistenz der roten Blutkörperchen Syphilitiker gegenüber dem Kobragift beruht, bringt Schwartz eine tabellarische Übersicht über all die mit beiden Reaktionen gleichzeitig untersuchten Fälle aus den verschiedensten Stadien der Syphilis und die Kontrollfälle, welche eine Reihe anderer Affektionen betrafen. Im Primärstadium der Syphilis gab die Wassermannsche Reaktion in 73,9%, die Weilsche nur in 54,3% ein positives Resultat, wie überhaupt in den Frühstadien letztere die weniger empfindliche, in den unbehandelten oder wenig behandelten späteren Stadien der Lues hingegen empfindlicher ist oder häufiger eine positive Reaktion (81,6 : 77,5% Wassermann) gibt. Bei den latenten unbehandelten Fällen ist die Wassermannsche Probe in 34,7, die Weilsche in 76,3% positiv. Bei den behandelten Fällen zeigt sich letztere durchaus als die empfindlichere, mit anderen Worten, die Weilsche Reaktion bleibt viel länger nach der Quecksilberbehandlung bestehen und bietet daher eine anhaltendere diagnostische und therapeutische Richtschnur. Immerhin zeigte sich, daß die Weilsche Reaktion auch bei einem anderen Krankheitszustande, nämlich vorgeschrittenem Karzinom, wo aber wohl meist Syphilis ausgeschlossen werden kann, positiv ausfällt. Die roten Blutkörperchen von Leuten, die mit vorgeschrittenem Karzinom behaftet sind, zeigen bekanntlich eine erhöhte Resistenz gegenüber allen hämolytischen Substanzen. Schwartz erklärt zum Schlusse seiner eingehenden Darlegung (über die Weilsche Reaktion), daß Wassermannsche und Weilsche Reaktion sich einander ergänzen, daß die eine unter Bedingungen, wo die andere versagt, zuweilen positiv ist und daher die Anwendung beider Methoden sowohl für die Diagnose wie Therapie der Syphilis von hoher Bedeutung ist.

Stern-München.

Bemerkungen zu den neuen Arbeiten über die Anwendung der v. Dungernschen Methode der Serodiagnostik der Syphilis, von Steinhaus. (Policlinique, 1912,

Digitized by Google

Nr. 2.) Steinhaus führt die Wassermannsche Reaktion an der Poliklinik in Brüssel nach der v. Dungernschen Methode aus und ist mit den Resultaten zufrieden. „Unter den Hunderten von Seroreaktionen, die wir nach dieser Methode ausgeführt haben, konnte ein Teil mit anderen Techniken, darunter auch nach der Original-Wassermannschen Methode nachgeprüft werden. In der großen Mehrzahl der Fälle stimmten die Resultate überein; die Abweichungen waren selten und leicht zu erklären." Genauere Daten teilt der Verfasser nicht mit. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Methode Dungerns zur Serodiagnose der Syphilis, von G. Malan und F. Dematteis. (Giorn. d. R. Accad. di Med. di Torino, 1911, Nr. 6—10.) Bei Nichtsyphilitikern fällt die Dungernsche Reaktion stets negativ aus und stimmt in dieser Beziehung mit den klinischen Befunden und mit der Wassermannschen Reaktion überein.

In den Fällen von klinisch sicher erkennbarer Lues fällt die Dungernsche Reaktion positiv aus.

In Fällen von sicherer Infektion liefert die Reaktion Dungerns dieselben positiven Resultate wie die Wassermannsche Reaktion. K. Rühl-Turin.

Ein Vergleich des klinischen Wertes der Reaktionen von Porges und von Wassermann bei der Diagnose der Syphilis, von L. Guilmain. (Thèse de Lyon, 1911.) Fritz Loeb-München.

Über die Schürmannsche und Porgessche Reaktion bei der Syphilisdiagnostik, von Fr. Zuccola-Turin. (Il Pensiero med., 1911, Nr. 41.) Die Schürmannsche Reaktion liefert keine zuverlässigen Resultate. Die Porgessche leistet zwar bessere Dienste, wird jedoch von der Komplementbindungsreaktion in bezug auf Zuverlässigkeit sehr übertroffen; sie kann in den Fällen zweckmäßig angewendet werden, wo man über keine besseren diagnostischen Mittel verfügt. K. Rühl-Turin.

Über den Wert der Noguchi-Reaktion für die allgemeine Praxis, von Max Lederer-New York. (New York med. Journ., 16. Dez. 1911.) L. bringt eine vergleichende Studie über 532 Sera, die nach Noguchis Methode auf ihre komplementbindenden Eigenschaften untersucht worden sind. Er kommt zu folgenden Schlüssen: mit einer positiven Noguchi-Reaktion kann im Primärstadium frühzeitig antisyphilitische Behandlung eingeleitet werden. Bei tertiärer Syphilis ist oft eine positive Reaktion vorhanden und von diagnostischer Wichtigkeit. Sogenannte geheilte Syphilitiker sollten zeitweise auf latente Syphilis untersucht werden. Die Wirksamkeit und Indikation zu weiterer Behandlung kann durch fortgesetzte Blutproben geleitet werden. Für jene, welche Syphilis gehabt haben und eine Eheschließung in Betracht ziehen, ist die Serumreaktion von Wichtigkeit. Genaue Technik und richtige Deutung der gewonnenen Resultate sind von unschätzbarem Werte für den Erfolg. Einzelne Beispiele aus der Praxis, welche den Wert der Reaktion illustrieren. Stern-München.

Über den Wert der Methode von Noguchi als Modifikation und Vereinfachung der Original-Wassermann-Reaktion zur Diagnose der Syphilis, von Gavini. (Fol. clinic. chimica et mikroskop., April 1911, Bd. 3, Heft 8.) Die Methode Noguchi ist keine technische Vereinfachung des Original-Wassermann, gibt keine besseren Resultate bei sicherer Lues, in nicht luetischen Fällen leicht Hemmungen bei Seren, die nach Wassermann negativ sind, führt also leicht zu diagnostischen Irrtümern, die beim Gebrauch der Originalmethode nicht zu fürchten sind. Haas-Hamburg.

Beitrag zur Kenntnis der Serodiagnostik der Syphilis durch die Hechtsche Methode, von L. de Montval. (Inaug.-Dissert., Toulouse 1911, Nr. 963.) Die Resultate der Hechtschen Reaktion sind denen der Wassermannschen Reaktion wohl vergleichbar. In den vom Verfasser mitgeteilten und auch von anderen Verfassern beschriebenen

Digitized by Google

Beobachtungen hat sich niemals eine positive Reaktion bei fehlender Syphilis ergeben. Positive Reaktion spricht für Syphilis. Wegen ihrer Eindeutigkeit und wegen der leichten Ausführbarkeit verdient die Methode Beachtung. Fritz Loeb-München.

Die Meiostagmin-Reaktion; eine kritische Zusammenstellung der Literatur und Bericht über eigene Erfahrungen mit dieser Methode, von E. P. Bernstein und J. Simons-New York. (Amer. Journ. med. scien., Dez. 1911.) Verfasser konstatieren, daß sie nach ihren eigenen Untersuchungen dem Verfahren keine spezifische diagnostische Bedeutung zuschreiben können. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Untersuchungen mit der Epiphaninreaktion bei Syphilis, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Die mitgeteilten Versuche betreffen die von Weichardt 1908 ausgearbeitete Epiphaninreaktion (nach dem griechischen Wort Epiphaneia = Oberfläche), welche die Verschiedenheit der Oberflächenspannung von Antigen-Antikörperlösungen bei Übereinanderschichtung anzeigt. Die eingehend beschriebene Technik erfordert größte Genauigkeit beim Arbeiten.

Die Versuche an 100 Seren ergaben, daß die Epiphaninreaktion mit großer Regelmäßigkeit auch bei der Syphilis vorkommt. In einigen Fällen von akuten Infektionskrankheiten und von Karzinom war die Reaktion ebenfalls positiv.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Beziehungen des natürlichen Anti-Schaf-Ambozeptors zur Wassermannschen Reaktion, von L. B. Peters-New York. (New York med. Journ., 18. Nov. 1911.) Es ist nun wohl bekannt, daß man vollständige Hämolyse mit einer geringeren Menge von Komplement erzielen kann, wenn gleichzeitig die Ambozeptormenge vermehrt wird, und daher in Fällen von partieller Komplementfixation ein Überschuß von Ambozeptor oft negative Reaktion verursachen wird. P. prüfte 300 Fälle und fand in der Tat, daß in etwa der Hälfte derselben ohne Berücksichtigung des hämolytischen Serums Irrtümer nach der negativen Seite hin vorkommen. Die Modifikation, welche Noguchi einführte, indem er statt des Schafs ein von Menschen stammendes hämolytisches System wählte, hält daher P. für völlig berechtigt. Er nahm weiterhin Untersuchungen vor, wobei er nach dem Vorgange von Browning Rind- statt Schafkomplement wählte: die Resultate waren damit gleichmäßig gute; in jedem Falle, wo eine positive Reaktion mit dem Rindkomplement und eine negative mit dem Schafsystem vorhanden war, wurde festgestellt, daß das Serum mehr als zwei Einheiten natürlichen Anti-Schaf-Ambozeptors enthielt. Diese Reaktion erwies sich in den klinischen Fällen von Syphilis um 12% sensibler als mit dem Schafsystem. Rindsblutkörperchen sind ebenso leicht zu erhalten, als die vom Schaf und werden in der gleichen Lösung verwendet. Stern-München.

Physiologische Kochsalzlösung der neuen Pharmakopöe und Wassermannsche Reaktion, von A. Pöhlmann-München. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Verfasser hat mehrfach in letzter Zeit bei der Ausführung der Serodiagnose nach Wassermann eine Hämolyse in bald geringem, bald höherem Grade an der Kochsalzkontrolle sowie in der Hammelblutkörperchenaufschwemmung erlebt. Er führte dies schließlich auf den Zusatz von Soda zu der aus der Apotheke bezogenen Solutio natrii chlorati physiologica zurück. Nach der neuesten Pharmakopöe hat diese nämlich die Zusammensetzung: Natr. chlorid. 8,0, Natr. carbonat. 0,15, Wasser 991,85. Nach Ausschaltung des Sodazusatzes wurde die unspezifische Lösung nicht mehr beobachtet. Verfasser zieht hieraus auch die Lehre, daß man niemals die vorschriftsmäßigen Kontrollproben unterlassen soll; ohne dieselben hätte er leicht weiter fehlerhafte Resultate erhalten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Verwendung sodahaltiger physiologischer Kochsalzlösung bei der Wassermann-Reaktion, von A. Pöhlmann. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 14.)

Digitized by Google

Kochsalzlösung der neuen Pharmakopöe unterscheidet sich von der Kochsalzlösung der alten Pharmakopöe nur durch einen geringen Sodazusatz (0,015%).

P. hatte öfters die Beobachtung von Auftreten von Hämolyse in Kochsalzkontrollen und Hammelblutaufschwemmungen gemacht. Er hat daraufhin eine Reihe von bekannten negativen und positiven Sera sowohl mit sodafreier wie mit sodahaltiger (0,015%) Kochsalzlösung nach WASSERMANN untersucht und die Resultate verglichen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Negative Sera reagieren mit sodafreier und mit sodahaltiger physiologischer Kochsalzlösung untersucht, negativ.

2. Positive Sera können mit beiden Kochsalzlösungen untersucht mit beiden positiv reagieren. Doch wird auch bei einem Teil dieser Sera eine intensivere positive Wirkung erzielt durch die Verwendung sodafreier Kochsalzlösung.

3. Positive Sera können auch mit sodafreier Kochsalzlösung untersucht, positiv, mit sodahaltiger dagegen negativ reagieren. Trotzdem können an dem Tag die Kochsalzkontrolle und Hammelblutkörperchenaufschwemmungen ganz einwandfrei erscheinen.

Es besteht also die Tatsache, daß sicher positive Sera mit der Kochsalzlösung der neuen Pharmakopöe negativ reagieren können. Sie ist daher zur Wa.-R. nicht anzuwenden.

Oskar Junghanns-Dresden.

Über die Bildung spezifischer Antikörper bei mit Nukleoproteid syphilitischer Organe behandelten Kaninchen, vorläufige Mitteilung von G. DI CRISTINA und M. CIPOLLA-Palermo. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 62, Heft 1/2.) Der Zweck dieser Versuche, über die sich Verfasser ausführlichere Mitteilung vorbehalten, war, festzustellen, ob man bei Kaninchen einen spezifischen Ambozeptor erhalten kann, ohne sie mit Syphilis zu infizieren, durch Behandlung mit nicht infizierendem syphilitischen Material. Sie bedienten sich zu diesem Zwecke eines aus Leber und Milz von syphilitischen Neugeborenen gewonnenen Nukleoproteids; diese Organe wurden sorgfältig zerrieben und vom Blute befreit, mit 0,5% Natriumkarbonat versetzt usf. Es wurden 3 Kaninchen mit intravenösen Injektionen der Substanz (0,01 g) behandelt und nach 10 Tagen in dem Blutserum die Anwesenheit eines spezifischen Ambozeptors nachgewiesen. Als Antigen wurde das alkoholische Extrakt von Meerschweinchenherzen verwendet. Die Ablenkung des Komplements war in den untersuchten Fällen eine vollständige und den ganzen Zeitraum der Injektion hindurch anhaltend. Die Tiere wurden sukzessive mit intraperitonealen Injektionen behandelt, und es wurde stets die Anwesenheit eines spezifischen Ambozeptors beobachtet. Weitere Versuche wurden mit endokornealen und skrotalen Impfungen von syphilitischem Virus gemacht und werden die späteren Berichte darüber Aufschluß geben, ob Immunitätserscheinungen darauf eingetreten sind.

Stern-München.

Über die Bedeutung der komplementbindenden tuberkulösen Antikörper, von F. SCHIECK-Göttingen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Die Voraussetzung der v. WASSERMANN-BRUCKschen Theorie der Tuberkulinwirkung, daß bei Konzentrierung von Komplementen mittels Ambozeptors und Antigen Leukozyten angesammelt werden, welche eiweißverdauende Substanzen liefern, findet bei Tierversuchen in der vorderen Augenkammer keine Bestätigung. Bei nachgewiesenem Komplement und Antikörpern im Kammerwasser veranlaßte Einbringen von tuberkulösem Antigen kein Hypopyon. Da die bei florider Iristuberkulose in die Vorderkammer übertretenden tuberkulösen Antigene eine lokale Antikörperbildung hier nicht hervorrufen, das Kammerwasser dagegen reich an diesen Stoffen wird, wenn große Mengen abgestorbener Bazillen in die Vorderkammer eingeführt werden, so ist Verfasser der Ansicht, daß die durch Komplementbindung nachweisbaren Antikörper nicht unter dem Einflusse der toxischen Stoffe des Tuberkel-

Digitized by Google

bazillus, sondern unter dem irgend eines weniger schädlichen und das wirksame Prinzip der Infektion kaum tragenden Bestandteils der Bazillen sich entwickelt.

Albert Kunst-Dresden.

Die Wassermannsche Reaktion nach Verabreichung von Salvarsan, von P. L. Bosellini-Bologna. (Gaz. internaz. di med. e chir., 1911, Nr. 47.) Bei sekundärer Lues wurde in einem Teil der Fälle die stark intensive Wa.-Reaktion nach einer Salvarsaneinspritzung (0,30—0,60) allmählich schwächer und schließlich (nach 30—90 Tagen) negativ; in anderen Fällen wurde sie zwar schwächer, aber nie vollständig negativ, und erreichte sogar zuweilen später ihre ursprüngliche Intensität; in noch anderen Fällen blieb sie unbeeinflußt. Bei Tertiärlues und Parasyphilis wurde die Wa.-Reaktion durch die Salvarsaninjektion meistens weniger, zuweilen überhaupt nicht beeinflußt. K. Rühl-Turin.

Bemerkungen zu der Kontrolle der Wassermannschen Reaktion durch die Salvarsaninjektion, von Duhot. (Ann. de la policlin. centr., 1911, Nr. 10.) Duhot stellt die Priorität Gennerichs in der Frage der provokatorischen Salvarsaninjektion fest, dem erst später die Bestätigungen von Milian („réactivation biologique de la réaction de Wassermann") und Duhot (Kontrollinjektion) folgten. Gunsett-Straßburg.

Über die Auswertungsmethode des Liquor cerebrospinalis vermittels der Wassermannschen Reaktion, von H. Neue. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Die Beobachtung von Nonne und seinen Schülern, daß bei Verwendung von steigenden Mengen Liquor cerebrospinalis häufig ein positives Resultat sich ergibt, während das Ergebnis bei Verwendung von nur 0,2 ccm nach der Originalvorschrift negativ ausfällt, hat Verfasser bei der Prüfung mehrerer Patienten in der Greifswalder psychiatrischen Klinik durchaus bestätigt gefunden. Er verwendete Portionen von je 0,2—0,4—0,6—0,8 bis 1,0 resp. auch in mehreren Fällen die Hälfte dieser Quantitäten unter Beobachtung aller erforderlichen Kontrollen und gelangte dabei, wie er an einigen Krankenberichten darlegt, zu manchen wertvollen diagnostischen Aufschlüssen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einfluß der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Spätsyphilis, von Julius Müller-Wiesbaden. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Müller hat, wie er an einer Statistik von 57 Fällen, deren Infektion mehr als 4 Jahre zurückliegt, zeigt, in 80% durch eine einzige Kur negativen Serumbefund bekommen. Er gibt bis zu 10 und 12 g Hg täglich in Form von Inunktionen, die die einzig individuelle Quecksilberbehandlung garantieren, kombiniert mit 2—5—10 g Jodkalium täglich, dem er eine resorptionsbeschleunigende Wirkung auf neugebildetes Gewebe zuschreibt. Außerdem läßt er 35—40° heiße Bäder mit nachfolgendem 1—2stündigen Schwitzen anfangs täglich, später jeden zweiten oder dritten Tag nehmen und verbietet während der Kur absolut jeden Alkohol. Müller hält seine geschilderte Methode in bezug auf die Wassermannsche Reaktion für leistungsfähiger als Salvarsanbehandlung, ja selbst als Salvarsanbehandlung kombiniert mit Hg. Caesar-Dresden.

Über den Einfluß der Quecksilber- und Arsenikbehandlung auf die Modifikationen der Serodiagnostik bei der Syphilis, von Charles Sadoun. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 398.) Zurzeit ist es noch nicht möglich, genau zu sagen, in welcher Weise die eine oder andere Behandlungsmethode der Syphilis einen Einfluß auf den Ausfall der Serodiagnose ausübt. Verfasser liefert zur Klärung dieser Frage wertvolles Material. Seine Arbeit verdient deshalb Beachtung. Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Methoden zur Messung der Wirksamkeit violetter und ultravioletter Strahlenquellen (1. Mitteilung), von Fr. Bering und Hans Meyer-Kiel. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 1—2.) Bisher hat man die Dosen, welche mit den einzelnen Lampen (Quarz-Finsen-Dermolampe) appliziert wurden, lediglich nach der Zeit gemessen. Da aber die Intensität der Lichtquellen eine nicht absolut gleichmäßige ist, so kann dieser Modus nicht in jeder Hinsicht befriedigen; es ist daher eine quantitative Messung der ultravioletten Strahlenwirkung ein Bedürfnis. Da wir es hier mit Strahlenquellen zu tun haben, die im Gegensatz zur Röntgenröhre während der Einzelbestrahlung kaum Schwankungen unterworfen sind, so dürfte es genügen, die Wirksamkeit der Lampe alle 2—3 Wocheu mit Hilfe einer Meßmethode zu prüfen. Nach zahlreichen Vorversuchen kamen die Verfasser zur Verwendung einer Meßflüssigkeit, die sich aus zwei Lösungen, welche vor dem Gebrauch zu gleichen Teilen gemischt werden, zusammensetzt. Lösung A: Kal. jodat. 10 g, Aqu. dest. 1000 g. Lösung B: Konzentrierte Schwefelsäure 53 g, Aqu. dest. 1000 g. Es werden nun 25 ccm von Lösung A und B in eine Prüfzelle gebracht (von Pohl, Kiel, Hospitalstraße zu beziehen), die ein Zylindergefäß darstellt, dessen vordere plane Fläche aus einem Quarzglasfenster von der Größe des Fensters der Quarzlampe besteht, und dessen hintere Fläche von einem abnehmbaren Glasdeckel gebildet wird. Alsdann wird das Quarzglasfenster an die Quarzscheibe der Lampe angelegt und bestrahlt. Durch den Einfluß des Lichtes vollzieht sich eine Jodabspaltung. Das abgeschiedene Jod läßt sich titimetrisch bestimmen: man gibt zu der bestrahlten Lösung 3—5 Tropfen einer 1%igen Stärkelösung (vom Apotheker ganz klar herzustellen), wodurch eine schöne blaue Färbung eintritt. Nun läßt man aus einer Bürette von einer $^1/_{400}$ Normal-Natriumthiosulfatlösung tropfenweise einfließen. Sobald die Entfärbung der blau gefärbten Lösung eingetreten, ließt man die verbrauchte Natriumsulfatlösung ab und hat damit ein Maß für die abgeschiedene Jodmenge, d. h. ein Maß für die chemische Wirksamkeit der Strahlen. Als Normaldosis bezeichnen nun die Verfasser diejenige Strahlenmenge, die in 50 ccm der Prüfflüssigkeit soviel Jod zur Abspaltung bringt, daß zur Jodometrie 10 ccm einer $^1/_{400}$ Normal-Natriumthiosulfatlösung nötig sind, diese Normaldosis nennen die Verfasser pietätvoll: ein Finsen. Es zeigte sich, daß die Dosis von ein Finsen mit einer guten Lampe in drei Minuten, mit einer drei Wochen im Betrieb befindlichen in vier Minuten und mit einer solchen von drei Monaten Betriebsdauer in fünf Minuten erreicht wird. Die chemische Wirksamkeit der Quarzlampen ändert sich also mit der Zeit, offenbar durch Inkrustierung der Kühlkammer mit dem Kalk des Leitungswassers, auch kommt wohl bei längerer Benutzung eine Veränderung des Quarzglases in Frage. Wenn dieses Maß ein Finsen allgemein eingeführt wird, so könnte in Zukunft statt der Angabe der Bestrahlungsdauer die Angabe der Dosis bei den einzelnen Krankheiten geschehen.

Bei Vorschaltung der Blauscheibe zeigte es sich, daß, um die chemische Wirkung von ein Finsen zu erhalten, man erheblich länger bestrahlen muß als bei den gewöhnlichen Quarzfenstern, bei der von den Verfassern benutzten Quarzlampe war das Verhältnis 1:2. Auch für andere Lichtquellen läßt sich dieses Maß nutzbar machen, so erhielten die Verfasser bei ihrer Finsen-Reynlampe ein Finsen in ca. 12 Minunten. Um nun dieses chemische Maß von ein Finsen auch biologisch zu charakterisieren, prüften die Verfasser die Einwirkung auf Fermente, die eine hohe Empfindlichkeit gegen die chemisch wirksamen Strahlen besitzen. Als Objekt der Untersuchung wählten sie die Peroxydase, es ergab sich, daß die Wirkung von ein Finsen Blaulicht auf Peroxydase eine intensivere war

Digitized by Google

als von ein Finsen Quarzlicht und daß ferner nach Passage einer Kaninchenhaut das Blaulicht ebenfalls dem Quarzlicht überlegen war, also eine größere Tiefenwirkung zeigte. Beim Vergleich der Finsen-Reynlampe stellte es sich heraus, daß das Blaulicht der Quarzlampe in seiner Einwirkung auf Fermente dem der Finsen-Reynlampe nicht nachsteht, sondern eher überwiegt.

Diese wichtigen und bedeutungsvollen Untersuchungen sind übrigens ein beredtes Zeugnis, mit welcher „Intensität und Spannung" in dem jungen Lichtinstitute in Kiel gearbeitet wird. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Kalomelreaktion der Röntgenstrahlen und ihre Anwendung zur Dosimetrie, von Gottwald Schwarz-Wien. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 1—2.) Die vom Verfasser benutzte Meßflüssigkeit besteht aus: Ammon. oxalic. puriss. 8,0, Aqu. dest. puriss. 210,0 und Hydrarg. bichlorat.-corros. puriss. 5,0, Aqu. dest. puriss. 105,0. Sie ist in fertigem Zustande von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall zu beziehen. Wegen ihrer Eigenschaft unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen, Kalomel zu produzieren, nennt sie Verfasser Kalmelogen. Unter genau einzuhaltenden Kautelen, die im Original nachzulesen sind, wird das Kalmelogen in ein Eprouvettchen, die sog. Prüfzelle, $1^1/_2$ cm hoch eingefüllt.

Die Prüfzelle wird alsdann vermittels eines Klemmbügels an der Röntgenröhre in halber Fokus-Hautdistanz angebracht. Sobald unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen die erste deutliche Trübung des Kalmelogens (durch Kalomelausscheidung) entsteht, so ist diejenige Strahlung appliziert, die Verfasser unter ein Kalom versteht. In biologischer Hinsicht bedeutet ein Kalom das Drittel der Epilationsdosis.

Das vom Verfasser angegebene Meßverfahren ist für die Praxis durchaus brauchbar, zumal es die Vorteile des offenen Dosimeters besitzt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Experimentelle Untersuchungen zur biologischen Strahlenwirkung, von Hans Meyer und Hans Ritter-Kiel. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, H. 1—2.) Als biologisches Maß für die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen wählten die Verfasser den wachstumhemmenden Einfluß auf Erbsenkeimlinge. Das Resultat der mit großem Fleiße angestellten Untersuchungen — es wurden im ganzen etwa 40 Beete mit je 75 Pflanzen beschickt — war, daß bei gleicher Strahlenabsorption in der Tiefe die biologische Wirkung dann eine intensivere ist, wenn die zur Absorption gelangte Strahlung eine harte Strahlung ist. Auch bei der Oberflächenbestrahlung fand sich das gleiche Gesetz. Durch Versuche an einigen Patienten mit Hirntumoren ließ sich erweisen, daß die Zellen der Haarpapille sich nicht anders als die Zellen der Pflanzenkeimlinge verhielten, d. h. daß die harten Strahlen bei gleicher Strahlenabsorption die Haarpapille mehr schädigten als Strahlen von weicher Qualität. Es fällt also das Optimum der Absorption keineswegs für alle biologischen Personen mit dem Optimum der Wirkung zusammen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Sublimior-Haarfärbemittel besteht nach E. Bödtker aus 1 g Bleiazetat, 5 g Natriumthiosulfat, 10 g Glyzerin und 90 g Rosenwasser. Darsteller: H. & W. Hanis Frères in London. (Chem.-Ztg., 1912, 105.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. August 1912 | Nr. 35 | Band 55

Topische Bakteriotherapie der Haut.

Von

Prof. J. Peyri, Barcelona.

Wenn es auch leicht ist, die Infektionsträger der Haut und des Verdauungskanals zu beobachten und zu isolieren, so müssen wir doch zugeben, daß die kompliziertesten bakteriologischen Probleme jene sind, welche die normale Flora beider Texturen betreffen. Bei beiden besteht die Schwierigkeit darin, daß die normale Flora unendlich variiert und es deshalb unmöglich ist, bei Erscheinen eines Krankheitserregers vorauszusehen, unter welchen Bedingungen er kämpfen wird, nicht so sehr wegen des Zustandes des Terrains, auf dem er sich bewegt, als weil er dort den Kampf aufnimmt mit anderen saprophytischen Mikroben, welche sich bereits dort befinden.

Die Ähnlichkeit dieser beiden Texturen hat uns zu der Erwägung geführt, wie es möglich wäre, mit lebenden Keimen eine Tätigkeit auszuüben, welche derjenigen ähnlich ist, die man mit gewissen lebenden Keimen in den Veränderungen der Verdauungsorgane erzielen kann. Unser Zweck war es, lebende Keime zu suchen, die für die Haut unschädlich sind, die mit der pathogenen Flora kämpfen und sie vertreiben können, indem sie in ihr Gebiet einbrechen und ihr Leben unmöglich machen, — also das zu wiederholen, was wir in der Eprouvette sehen, wo zuweilen eine Mikrobengattung ihre Kolonie über die Oberfläche des Milieus verbreitet und die bis dahin dort vorher vegetierenden Kolonien von dort vertreibt. Wir haben dazu in erster Linie solche ausgewählt, deren Anwesenheit in der Haut nachweislich keine schädliche Wirkung ausüben konnte, sondern vielmehr — sei es durch das angewendete Mittel, sei es durch chemische Umwandlungen in den Bestandteilen des Milieus — die Bedingungen zur Lebensfähigkeit verbessert und die Keratinisation reguliert, z. B. die Milch im allgemeinen und die durch den bulgarischen Bazillus sauer gemachte im besonderen.

In zweiter Linie waren die ausgewählten Keime solche, die bei ihrer vorherigen Anwendung bewiesen hatten, daß sie Veränderungen des Magens herbeiführen, wie dies bei dem bulgarischen Bazillus der Fall ist, beim sauren Milchbazillus von Metschnikoff und beim paralaktischen Bazillus.

Digitized by Google

Drittens haben wir Keime ausgewählt, welche sich, wie die Bierhefe bei ähnlichen Prozessen der Haut, bereits bewährt haben.

Endlich, von derselben Voraussetzung ausgehend, und indem wir das nachahmten, was die Natur tut, haben wir uns bei nicht entzündlichen Trichophytien der Staphylokokkenkulturen bedient, die von entzündlichen Trichophytien herrührten, und welche bei Verreibung auf die Plaques Follikulitiden hervorrufen. Wir tun dabei schließlich nichts Neues, es ist etwa dasselbe, als wenn wir die Trichophytie mit Krotonöl behandelt hätten, wobei eine eruptive Follikulitis entsteht und die entzündliche Trichophytie sehr leicht abheilt.

A. Lokale Bakterientherapie der Pyodermitis.

Wir machten zunächst Versuche bei Impetigo contagiosa (Tilbury Fox), denn diese ist die oberflächlichste Pyodermitis, ferner ein akuter Prozeß und endlich eine Affektion, die hauptsächlich pustulös ist, dann bei Impetigo (Bockhart), bei staphylogener Sykosis, bei anderweitigen Hautausschlägen mit Pustelbildung und Flechten.

a) Anwendungsweise.

Sowohl mit frischer Bierhefe, wie sie in Brauereien zum Verkaufe kommt und eine fast reine Hefekultur vorstellt, als auch mit durch den bulgarischen Bazillus sauer gemachter Milch 2—10 Tage nach der Aussaat, oder mit dem paralaktischen oder dem Acidus lacticus von Metschnikoff haben wir versucht auf die kranke Oberfläche ein wirkliches Pflaster zu applizieren von Substanzen in dicker Schicht, genau wie bei der Bakterientherapie der Eingeweide, also große Mengen von lebenden Keimen, damit sie vorteilhaft mit den dort von vorn herein vorhandenen kämpfen könnten. Wir zogen es vor, keinen Verband zu machen, sondern das Mittel auf der Hautoberfläche antrocknen zu lassen, was an Gesicht, Kopf und Händen sehr leicht ist, weniger am Rumpfe, wo wir Gaze getränkt mit einer dicken Schicht Bierhefe oder Milchbazillen anwendeten.

Alle 12 Stunden muß man die Applikation erneuern. Zur Entfernung der älteren Auflagerungen und Krusten benutzen wir Vaselinöl oder Baumwolle, die mit dem Heilmittel getränkt ist, bei Verwendung von Bierhefe ist das beste flüssige Reinigungsmittel eine 4%ige Lösung von sterilisierter Glukose.

b) Die Bierhefe.

1. In vitro. In nicht glukosehaltigen, soliden oder flüssigen Milieus, in denen man gleichzeitig die Bierhefe und den Streptokokkus der Impetigo oder den Staphylokokkus irgend einer Pyodermitis einsät, ent-

Digitized by Google

wickeln sich die Hefen unter schlechten Bedingungen und die Eiterpusteln bleiben Herren des Terrains.

In glukosierten Milieus entwickelt sich die Hefe gut; das Verschwinden der Eiterpustel von der Kultur hängt ab von der Temperatur und von der neuen Zulage von Bierhefe; diese gedeiht gut in der Zimmertemperatur, und nach wenigen Tagen hat sie sich zum absoluten Herrn des Terrains gemacht; bei einer Ofentemperatur von 36—37° und unter Hinzufügung von Hefe gelangt man zu demselben Resultate.

Es muß demnach auf der Haut dasselbe geschehen wie im Laboratorium, da diese mit der Luft in Berührung ist, wenn man nur alle zwölf Stunden neue Hefe hinzufügt.

II. Klinische Resultate. Die Anwendung von Bierhefe bewirkt bei Impetigo (Tilbury Fox) das Verschwinden in kurzer Zeit; wir haben die melitagröse Kruste bei der dritten Kur fallen sehen, und blieb die Haut dabei schon nach 48 Stunden geheilt; es ist dies demnach eine Ersparnis von Zeit und Mühe im Vergleiche mit der Arzneibehandlung dieser Affektion (Kataplasmen und Pasten).

Bei Impetigo (Bockhart) wie bei Pustelbildungen (Ekthyma) waren die Resultate weniger glänzend, doch gleichfalls gut; bei Sykosis, und zwar nicht nur bei oberflächlichen, sondern auch bei den tieferen Formen, sahen wir, wie sie von Krusten, Schuppen und Follikularpusteln gereinigt wurden; wir haben einen Fall von Heilung einer tiefen Sykosis in Plaques erlebt, die seit einem Jahre bestand.

Geringer war der Nutzen bei Ekzemen, doch muß man dabei in Betracht ziehen, daß man in den Fällen, wo starkes Nässen vorliegt, ohnehin nichts erreichen kann, weil der Saftstrom die Entwicklung und Keimung der Hefen verhindert; es bleiben demnach die Fälle, wo es sich um Krusten handelt.

c) Die Milchbazillen.

1. In vitro. Immer wenn man den bulgarischen Bazillus zugleich mit Streptokokken oder Staphylokokken in Substanzen einsetzt, die keine Milch enthalten, entwickelt er sich unter schlechten Bedingungen, und man sieht, daß die Bazillen nicht keimen und die Eitererreger das Terrain behaupten. Bei der Milch dagegen sieht man, daß der bulgarische Bazillus bald vorherrschend wird, daß er die Milch sauer macht und zum Gerinnen bringt, sowie, daß die Eitererreger bei Anwendung von Milch sich gar nicht, oder nur schlecht entwickeln.

Sowohl für dieses Studium als auch für die klinische Anwendung müssen wir immer in Betracht ziehen, daß die bulgarischen Bazillen in dem Gerinnungsmittel im Überfluß vorhanden sind und nicht in den Molken.

Digitized by Google

Acidum lacticum- und paralacticum-Bazillen wirken fast gleich, wenn es uns auch scheint, daß letztere vollkommener sind; die Wirkung dürfte bei diesen langsamer sein als beim bulgarischen Bazillus.

II. Klinische Resultate. Wir haben die Versuche fast ausschließlich mit dem bulgarischen Bazillus gemacht und für das Paralaktikum nur jene Fälle reserviert, in denen seine peptonisierenden und eiterungsfördernden Eigenschaften nützlich sein können (trockene Epidermitis).

Die Resultate gegenüber Impetigines erschienen uns weniger gut als bei Hefeanwendung, wenn sie auch nicht gerade schlechte waren; dagegen ziehen wir die bulgarische Milch der Hefe vor, um Sykosis und Follikulitis im allgemeinen von dem oberflächlichen Eiter zu reinigen; entschieden nachteilig ist die Wirkung beim Flechtenekzem oder Ekzem, und wir glauben, daß dies nicht dem bulgarischen Bazillus, sondern vielmehr der Wirkung der Milchsäure zuzuschreiben ist, die in diesem Fall beizend wirkt.

Wir möchten daher die Wirkung des bulgarischen Bazillus bei diesen Krankheitsformen auf folgende drei Ursachen zurückführen:

1. auf die Wirkung der Bazillenmengen gegenüber den Eiterkokken der Haut, welche sie verdrängen und langsam auflösen;

2. auf die Änderung des Terrains für das Leben der Eiterpustel und

3. auf die beizende, durch die Anwesenheit des Milchsäure bedingte Wirkung.

Wir können die Anwendung von Milch nicht genug empfehlen, die seit 2—10 Tagen ausgesät ist; sie ist beim Gebrauch zu schütteln oder es ist nur das Gerinnungsmittel zu benutzen, da ja in diesem eine Überzahl an bulgarischen Bazillen vorhanden ist und nicht in den Molken.

B. Die lokale Bakterientherapie der Talgdrüsenaffektionen und Seborrheiden.

Die Milch wird seit undenklichen Zeiten als Kosmetikum benutzt. Schon Tacitus erwähnt sie als ein Mittel, um die Haut weich zu machen und zu verschönern; sie ist in der Tat für zu fettreiche, rauhe oder schuppende Haut vorteilhaft verwendbar.

Limo (nach Metschnikoff, Quelques essais sur le lait aigri, 1907) schreibt, daß die Eingeborenen von Mossamed mit Milchrahm ihre Haut frottieren, um sie dadurch geschmeidiger zu machen.

Die saure Milch besitzt keratoplastische Eigenschaften für das Darmepithel (Nigoul, Par un moyen scientifique de détruire la putréfaction intestinale, usw.) und es ist anzunehmen, daß sie auf das Hautepithel ebenso wirken werde; andererseits besitzt die Milchsäure ihre schon erwähnten pellikogenen oder plastischen Eigenschaften auf geschwürige Oberflächen, und daher ihre Anwendung bei den Prozessen dieser Art an den Schleim-

Digitized by Google

häuten; sie wird aber andererseits bei Hautaffektionen dieser Art nicht verwendet.

Alles dies hat uns auf den Gedanken gebracht, die mittelst des bulgarischen Bazillus sauergemachte Milch bei den Seborrhöen und Seborrheiden zu verwenden.

I. In vitro. Die Schwierigkeit der Züchtung des Mikrobazillus der Seborrhöe bringt es mit sich, daß man nur mit dem festen sauren Milieu, welches Sabouraud empfiehlt, Vergleiche anstellen kann, und gerade in dem Terrain entwickelt sich der bulgarische Bazillus schlecht. Etwas mehr läßt sich machen mit den weißen Vegetationen, welche in den Aussaaten des seborrhoischen Fettes erscheint, doch in diesen Fällen entwickelt sich der bulgarische Bazillus schlecht, außer wenn er in Milch eingesät wird; in der Milch übertrifft er die anderen Keime, oder er vertreibt sie, wie man dies in der Praxis beweisen kann, wenn man sie noch einmal besät.

II. Behandlung. Es empfiehlt sich bei Akne und Seborrhoea fluens faciei abendliche Einreibungen mit in bulgarischer Milch getränkten Baumwollpfropfen zu machen, worauf morgens mit Wasser wieder abgewaschen wird. Bei Ekzemen und Pityriasis machen wir Umschläge mit größeren Mengen bulgarischer Milch, wie bei Pyodermitis.

III. Klinische Resultate. Für ekzematöse oder pityriasiforme Seborrheiden sind die gewöhnlichen Mittel unzweifelhaft überlegen. Bei Seborrhoea fluens des Gesichtes oder Acne ist die bulgarische Milch zuweilen ein besseres Heilmittel als Schwefel oder resorzinhaltige Mischungen; doch muß man auf jeden Fall die Komedonen vorher entfernen, um dauernde Resultate zu erlangen.

C. Die Bakterientherapie der Trichophytien.

„Die rasche Heilung eines Tonsurans hängt von dem Grade der Follikularentzündung ab“ (Sabouraud). Auf Grund dieses Prinzips der rascheren Heilbarkeit entzündlicher Tonsuransformen hat man Krotonöl angewendet, um eitrige Follikulitiden auf den von Haus aus nicht entzündlichen Krankheitsherden hervorzurufen, indem man so gewissermaßen die Natur nachahmt.

Wir haben es daher unternommen, die Plaques nicht entzündlicher Tonsuranten (Trichophytien und Mikrosporie) mit Staphylokokkenkulturen, die von einem Kerion gewonnen waren, zu frottieren. Und noch mehr; in Anbetracht dessen, daß die Tonsuranten wie die Pilze im allgemeinen sich gut entwickeln bei Lufttemperatur und schlecht im Ofen, oder besser gesagt, die gewöhnlichen Wachsformen entwickeln sich gut im Ofen und verhindern dann die Entwicklung der Pilze: so haben wir daran gedacht,

Digitized by Google

nach der Frottierung einen feucht-warmen Verband in folgender Weise zu machen.

I. Technik der Behandlung. Wir verwenden dazu eine Kultur in peptonisierter gewöhnlicher Fleischbrühe von 2 oder 3 Tagen, die wir wiederholt schütteln, damit sie möglichst gleich bleibt; wir reiben abends die Plaque mit in diese Kultur eingetauchter Baumwolle ein, lassen dieselbe liegen und geben darüber eine neue Baumwollschicht, die mit normaler salzhaltiger Lymphe angefeuchtet und sehr warm ist; wir breiten dann einen breiten Streifen Billrothstoff darüber und binden ihn mit einer Binde fest.

II. Klinische Resultate. Dieselben sind für den von uns verfolgten Zweck negativ; es entsteht eine Impetigo, die dem Bockhartschen Typus ähnlich, also mehr oberflächlich ist und keine austreibende Follikulitis erzeugt. Dennoch gedenken wir unsere Idee nicht aufzugeben, sondern auf den feuchtwarmen, die Haut fügenden Applikationen zu bestehen.

Schlüsse.

1. Die Ähnlichkeit der infektiösen Prozesse der Haut und des Verdauungsstraktes haben uns dazu geführt, eine örtliche Bakterientherapie an der Haut zu versuchen mit massiven Quantitäten von harmlosen Keimen, gerade so wie bei der Bakterientherapie der Eingeweide.

2. Wir haben für die gesunde Haut harmlose Keime ausgesucht, welche schon früher bei ähnlichen Affektionen verwendet worden waren, oder die bei ähnlichen Prozessen natürlich wirken durch Autophagie der pathogenen Keime.

3. Bei oberflächlichen Pyodermitiden bringt Anwendung der Bierhefe stets und die der Milchsäurefermente (Bacillus bulgaricus, Milchsäurebazillus von Metschnikoff und Bacterium paralacticum) im allgemeinen in topischer Anwendung eine raschere Heilung zustande als die sonst übliche Therapie; bei tiefer sitzenden Prozessen tritt eine Besserung der oberflächlichen Läsionen ein.

4. Bei allen Prozessen, die mit Seborrhöe (Seborrhoea und Seborrheides) zusammenhängen, repräsentieren die Solutionen von Kulturen des bulgarischen Bazillus in Milch ein gutes Heilverfahren, wodurch eine günstige Umwandlung herbeigeführt wird.

5. Einreibungen mit von entzündlichen Tonsuransformen erlangten Staphylokokkenkulturen können einen günstigen Einfluß auf nichtentzündliche Trichophytien ausüben, wenn man sie in Form eines feuchtwarmen Verbandes auflegt; die Resultate sind aber unbeständige und vorläufig noch nicht abgeschlossen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 19, Heft 7, Juli 1912.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) Folliculitis nuchae sclerotisans, von Willi Schmidt und F. Wagner-Frankfurt a. M. Durch die Untersuchungen zweier Schnittserien eines beginnenden und fortgeschrittenen Krankheitsprozesses bringen die Verfasser den Beweis, daß es sich bei obiger Krankheit nicht um perifollikuläre Entzündung der Kutis, wie von Kaposi angegeben, handelt, sondern daß die Dermatitis papillaris capillitii in einer akuten Entzündung der Haarfollikel begründet ist, daß nicht die Talgdrüse zuerst von der Erkrankung betroffeu ist, sondern daß die Follikulitis und die Perfollikulitis das Wesentliche des Krankheitsprozesses ausmachen. Auch konnten sie den Ledermannschen Befund bestätigen, daß vier Stadien zu unterscheiden sind: Follikulitis, Plasmombildung, Bindegewebsneubildung und Endstadium resp. Keloidbildung.

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Zur Pathogenese der Onycholysis, von Julius Heller-Charlottenburg. Der Verfasser berichtet über einen Fall, bei dem sich die Nagelplatten am vorderen freien Rand ablösten. Die Ablösung der Nägel ging stets so weit, daß noch eine vielleicht einige Millimeter dicke Schicht festhaftender Nagelsubstanz distal der Lunula übrig blieb. Dann wuchsen die Nagelplatten normal nach. Gelegentlich kam es zu einem völligen Abfall der Nagelplatten. Ätiologisch wichtig ist die Neigung der Patientin zur Schweißbildung an Händen und Füßen. Dieser Fall ist geeignet, die Beziehungen der Onycholysis partialis und totalis zu der Angioneurose (Frost) darzutun.

Beitrag zum Studium der Sclerodermia circumscripta, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Verfasser hat typische Effloreszenzen von Lichen planus, die zum Teil in Ausbildung, zum Teil aber schon in Rückbildung waren, untersucht. Gleichzeitig fand er bei seinem Patienten an der Haut des Penis miliariaartige pustulöse Effloreszenzen von polygonaler Form, glatter, glänzender Oberfläche und weißer Farbe, ohne erythematösen pigmentierten Hof, und auf der Haut des Skrotum drei Flecke von verschiedener Größe, polyzyklischen Konturen, gleichmäßig porzellanweiß und glänzend, ebenfalls ohne erythematösen pigmentierten Hof. Es fehlt aber jene mosaikartige Anordnung, die für Lichen charakteristisch ist. Die histologische Untersuchung ergab auch hier, daß nämlich die Effloreszenzen an der Haut des Skrotums und des Penis die charakteristischen dermoepidermischen Veränderungen eines Lichen planus verboten, der bei seiner Ausheilung an einzelnen Flecken die besonderen Merkmale einer atrophisch-sklerotischen Abart angenommen hatte. Das Fehlen der mosaikartigen Anordnung erklärt er dadurch, daß durch die deutlicher ausgesprochene Sklerose eine innigere und vollkommenere Verschmelzung der Ränder der einzelnen Elemente verursacht worden war. Was das Epitheton ruber anlangt, spricht er ihm jeden Wert eines notwendigen Charakteristikums ab. Seine Diagnose lautete für: Lichen planus sclerosus atrophicus, der große Ähnlichkeit mit der zirkumskripten Sklerodermie hat. Durch seine Untersuchungen kommt der Verfasser zu dem Resumé, daß bei der Sclerodermia circumscripta superficialis, die manchmal im Beginn lichenoid ist, das erste Stadium der präsklerotischen Infiltration seinen klinischen Ausdruck in einem papuloiden Aussehen, die manchmal dem Aussehen mancher farblosen Varietäten des Lichen ähnelt, histologisch sich aber von den charakteristischen Merkmalen der echten Initialpapel des Lichen planus

Digitized by Google

sklerosus unterscheidet, mit welchem sie histologische Analogien nur in dem regressiven Stadien aufweisen kann gegen das zweite Stadium der atrophischen Sklerose zu, welche klinisch in beiden Fällen durch einen weißen mehr oder weniger eingesunkenen Fleck von atrophisch narbigem Aussehen gekennzeichnet sind. W. Chrzelitzer-Posen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 113, Mai 1912.

Der über 1250 Seiten starke Band ist Edmund Lesser zu seinem 60. Geburtstag von Freunden und Schülern gewidmet und enthält 92 Arbeiten. Ein Glückwunsch von den Redakteuren des Archivs und eine Widmung von Erich Hoffmann leiten den Band ein. An eine Aufzählung sämtlicher von Lesser veröffentlichten Arbeiten schließen sich die einzelnen Artikel an:

1. Beiträge zur Kenntnis des Ekzema marginatum, von Arthur Alexander-Charlottenburg. Die Arbeit baut sich auf 10 genau untersuchten Fällen auf, die zwar in mancherlei Beziehung von dem allgemein anerkannten, in den Lehrbüchern geschilderten Schema sich unterscheiden, deren Zurechnung zu dem von Hebra seinerzeit als Ekzema marginatum bezeichneten Krankheitsbild vom Verf. ausführlich begründet wird. Die Fälle werden klinisch, histologisch und mykologisch eingehend geschildert. Verf. zieht den Schluß, daß neben dem alten Hebraschen Ekzema marginatum andere, anscheinend abgeschwächte Formen dieser Affektion anerkannt werden müssen, Formen, die zwar dieselben Prädilektionsstellen aufweisen, im klinischen Verlauf aber Abweichungen zeigen: Fehlen des serpiginösen Weiterschreitens, bessere Beeinflußbarkeit durch die Therapie, mangelnde Neigung zu Rezidiven, geringe subjektive Beschwerden.

Einige Fälle bezeichnet Verf. als atypische: Hier fehlt die charakteristische Lokalisation ad Inguines resp. den übrigen Vorzugsstellen überhaupt, die Einzelherde sitzen an beliebigen Stellen des Körpers und können nur durch den Pilzbefund als ätiologisch zugehörig anerkannt werden. Den von Sabouraud als Erreger angesprochenen, Epidermophyton inguinale genannten Pilz konnte Verf. bei 10 Fällen 8mal kulturell nachweisen. Davon waren 5 typische Fälle mit der von Hebra beschriebenen Lokalisation, 3 atypische, bei denen die Einzelherde regellos über den Körper verstreut waren.

2. Über eine seltene Geschwulst bei der Maus, von H. Apolant-Frankfurt a. M. Es handelt sich um eine etwa kirschgroße sehr feste Geschwulst am Oberschenkel des linken Hinterbeines, die vom Periost ausging und histologisch nicht ganz einwandfrei zu bestimmen war. Während in dem osteoblastischen Teil des Tumors die Spindelzellen überwogen, war das Bild anderer von Knochenbildung freier Partien das eines Carcinoma sarcomatodes; daß es sich aber um ein alveoläres Sarkom handelte, ging aus der Weiterimpfung hervor. Die Knochenbildung verschwand bei der Weiterimpfung und die Tumoren wurden im Gegensatz zum Primärtumor weich und markschwammähnlich und während anfangs in den Impfserien noch der komplexe Bau des Alveolarsarkoms deutlich zutage trat, nahm im weiteren Verlauf die spindelzellige Komponente immer mehr ab, so daß schließlich die Struktur eines reinen Rundzellensarkoms resultierte. Die Beobachtung zeigt, welchen Wert die strukturellen Veränderungen, die bei der Züchtung von Tiergeschwülsten sehr häufig beobachtet werden, in diagnostischer Beziehung gewinnen können.

3. Kurzer klinischer Beitrag zur Kenntnis der Orientbeule, von G. Arndt und Zuelzer-Berlin. Es handelt sich um einen Fall bei einer 30jährigen Frau, die in Persien gelebt hat. Eine Probeexzision konnte nicht vorgenommen werden; Untersuchungen von Eiter und Gewebssaft ergaben keinerlei Mikroorganismen. Impfungen auf Affen schlugen fehl, weil diese vorzeitig zugrunde gingen.

Digitized by Google

4. Beiträge zur Klinik der Blennorrhöe und ihrer Komplikationen, von Ed. Arning-Hamburg. Verf. ist der Meinung, daß auch Krankheitsbilder sich zu neuen Typen umformen und Wandlungen eingehen. „Ich habe die Empfindung, daß der akute Tripper einen weniger stürmischen und die Patienten mit Schmerzen weniger peinigenden Verlauf nimmt als früher." „Ebenso scheint mir bei dem weiblichen Geschlecht das Initialstadium des Trippers mit viel weniger Schmerzen einherzugehen als früher. Man sieht nicht mehr so häufig die hochgradig gerötete und gegen jede Berührung enorm empfindliche blennorrhoisch infizierte Scheide, sondern die Blennorrhöe beim Weibe scheint sich viel insiduöser und mit weniger subjektiven Schmerzgefühlen der Patientinnen einzuschleichen, von Harnröhre und Zervix aus, ohne schmerzhafte Beteiligung der Vagina."

Weiterhin macht Verf. aufmerksam auf einen eigentümlichen Fieberverlauf, der die blennorrhoische Erkrankung der weiblichen Adnexe und des Beckenbindegewebes öfters zu begleiten scheint, eine Fieberbewegung, auf die Lesser als erster hingewiesen hat, die in einer steilen intermittierenden Kurve mit hohen Abendtemperaturen und morgendlichen Remissionen bis zur Norm und darunter sich ausdrückt, eine Kurve, die fast der einer Malaria intermittens quotidiana entspricht.

Weiterhin berichtet Verf. über therapeutische Resultate mit Atophan bei Arthritiden und Tendovaginitiden. Er hat 11 Fälle damit behandelt und in der Mehrzahl derselben günstige Resultate gehabt; Nebenerscheinungen traten dabei nicht auf.

5. Über Dermatitis atrophicans chronica idiopathica progressiva diffusa und maculosa, von Fr. Bering-Kiel. Mitteilungen zweier interessanter Fälle, in denen flächenhafte und fleckweise Atrophie kombiniert beobachtet wurde. Die Fälle zeichneten sich auch durch besondere Ausdehnung aus.

6. Klinische Erfahrungen über intravenöse Infusionen saurer Salvarsanlösungen, von W. Bernheim-Breslau. Verf. hat an der Breslauer Klinik die Arbeiten von Duhot und anderer über saure Injektionen nachgeprüft und dabei sehr starke Reaktionen bekommen. Wie schon Fraenkel und Grouven, Notthaft und Duhot auf Grund ihrer klinischen Beobachtung, Schwarz und Flemming, Meißner und Kochmann an der Hand des Tierexperimentes erwiesen haben, ist die Ursache der starken somatischen Reaktion in der erhöhten Toxizität des Präparates in seiner Zubereitungsart zu sehen. Dies lehrt besonders die Betrachtung der Fälle, die schon mehrfach mit alkalischen Infusionen ohne Reaktion behandelt, trotzdem auf die saure Infusion hohe Temperaturen und schwere Erscheinungen zeigten. Was den therapeutischen Wert der sauren Infusion anlangt, so reagieren oberflächliche Haut- und Schleimhauterscheinungen sehr schnell, während Primäraffekte und Produkte späterer Krankheitsstadien resistenter waren. Auch der Umschlag der Wassermannschen Reaktion war zum mindesten nicht schneller und sicherer als bei der alkalischen Infusion. Verf. spricht sich in Anbetracht der Unbequemlichkeiten und Gefahren für den Patienten ohne das Äquivalent größeren therapeutischen Nutzen gegen die Infusion saurer Lösungen aus.

An die Arbeit schließt sich ein wertvolles, systematisch geordnetes Literaturverzeichnis.

7. Über Vitiligo und Psoriasis, von Bettmann-Heidelberg. Das Zusammentreffen von Psoriasis vulgaris mit Vitiligo ist als selten zu betrachten, wenn man nicht unberechtigter Weise die Pigmentveränderungen, die sich an Stelle abgeheilter Psoriasisherde einstellen können, mit Vitiligo identifiziert. (Selbstverständlich außer Betracht bleiben dabei jene banalen Vorkommnisse eines „unechten Leukoderms", das bei externer Psoriasisbehandlung zustande kommt.) Ebenso trennt Verf. das echte Leuko-

Digitized by Google

derm der Psoriatiker, das auch ziemlich häufig ist, von der Vitiligo. Verf. berichtet über 2 Fälle, von denen besonders der eine genau beobachtet werden konnte und die Pigmentanomalie als echte Vitiligo nachgewiesen werden konnte; dabei waren Vitiligo- und Psoriasisflecke lokal vollständig unabhängig voneinander. Die vitiliginösen Herde waren aber von Psoriasis verschont geblieben, ein Verhältnis, das nach den Angaben des Kranken im ganzen Verlauf der Krankheit bestanden hat. Ohne sich auf Hypothesen über die Kombination der beiden Affektionen einzulassen, glaubt Verf. doch, daß das Faktum derselben verdient notiert zu werden.

8. Prostata und Psyche, von E. Bieck-Marburg. Die zusammenfassende Arbeit gibt sehr lesenswerte Richtlinien für die individuelle Behandlung prostatischer Störungen und grenzt die Indikationen ab, unter denen eine Colliculuskaustik angebracht erscheint.

9. Betrachtungen über die individuelle Prognostik bei Syphilis, von A. Blaschko-Berlin. Aus den Darlegungen geht hervor, wie auf dem Gebiete der Syphilisprognostik alles ungewiß und problematisch ist und das tatsächliche Material nicht einwandfrei, da es für jede Tatsache verschiedene Erklärungen gibt, und für und wider jede Hypothese sich eine Menge Argumente anführen lassen. Jedenfalls müßte schon im Frühstadium der Lues den Symptomen seitens des Gefäß- und Nervensystems mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Vor allem glaubt Verf., daß durch Inanspruchnahme der funktionellen Herzdiagnostik (Elektrokardiographie usw.) schon die allerersten Anfänge spezifischer Erkrankungen nachweisbar sein dürften.

Hand in Hand mit der Vervollkommnung und Verfeinerung der klinischen Untersuchungsmethoden müßte die Jahre hindurch fortgesetzte Beobachtung der Wassermannschen Reaktion gehen. Auch erscheint es ihm bei einem geeigneten Material möglich, schon jetzt festzustellen, ob bei Fällen, die später zu schweren Folgekrankheiten, wie Paralyse, Aortenaneurysma usw. geführt haben, in den Krankengeschichten der Frühperiode irgend welche klinischen Symptome notiert worden sind.

Auch von der experimentellen Syphilidologie erwartet Blaschko noch manche weitere Aufklärung, insbesondere über Verschiedenheiten des Virus und dgl.

10. Über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei experimenteller Kaninchensyphilis, von Franz Blumenthal und Fritz M. Meyer-Berlin. Die Untersuchungen zeigen, daß von geimpften Kaninchen eine Reihe Fälle positiven Wassermann bekamen, doch ließ sich eine Gesetzmäßigkeit im Auftreten der Reaktion nicht feststellen. Trotz Fehlens manifester Erscheinungen ergaben einzelne Fälle stark positive Resultate, andere bei ausgedehnter manifester Syphilis negative Befunde. Die Reaktion verschwand mitunter, ohne daß eine Behandlung vorangegangen wäre.

11. Die atypischen Ichthyosisfälle und ihre Stellung zur Ichthyosis congenita und Ichthyosis vulgaris, von Bruhns-Charlottenburg. Verf. zieht aus seinen Ausführungen folgende Schlüsse: Die angeborene und die gewöhnliche Ichthyosis sind Krankheitsbilder, die in ihren ausgebildeten Typen zweifellos vollkommene äußere Verschiedenheit darbieten. Es gibt aber nicht allzu seltene Zwischenformen (hierher gehören die überlebenden Fälle von Ichthyosis foetalis, Brocqs Erythrodermie congénitale ichthyosiforme, sog. atypische Ichthyosisfälle), die den Übergang von der Ichthyosis congenita zu der Ichthyosis vulgaris klinisch und wahrscheinlich auch histologisch vermitteln können, so daß wir nicht berechtigt sind, beide Ichthyosisarten als etwas prinzipiell ganz Verschiedenes anzusehen.

12. Über universell-symmetrische entzündliche Hyperkeratosen auf uroseptischer und arthritischer Basis, von A. Buschke-Berlin. B. hat in letzter Zeit einen Fall beobachtet, der es wahrscheinlich macht, daß es ein Krankheitsbild gibt,

Digitized by Google

welches völlig den blennorrhoischen Hyperkeratosen gleicht, aber unabhängig von Blennorrhöe und wahrscheinlich auf der Basis einer andersartigen Infektion im Bereich der Harnwege entstanden ist. Es handelt sich um ein Exanthem am Rumpf und in der Genitalgegend, sowie besonders an beiden Fußsohlen, das völlig einem ausgebildeten Fall von blennorrhoischer Hyperkeratose gleicht. Dasselbe besteht neben einem Blasenkatarrh mit Staphylokokken und diphtheroiden Stäbchen, welch letztere sich leider nicht züchten und verifizieren ließen, während die Staphylokokken kulturell als aureus agnosziert wurden. Daneben bestand eine akute Arthritis mit Erguß im rechten Kniegelenk, und eine geringe akute Arthritis im linken Knie- und Malleolargelenk. Wenn man auch von einem sicheren Kausalnexus zwischen der bakteritischen Zystitis, der Arthritis und der symmetrischen Hyperkeratose nicht sprechen kann, so ist es doch wahrscheinlich, daß die Zystitis das Primäre, Arthritis und Dermatose das Sekundäre darstellen. Dabei bleibt es allerdings fraglich, ob die im Blasenkatarrh gefundenen Bakterien ätiologisch in Betracht kommen. Ein paar ähnliche Fälle (Lannois und Baermann) sind in der Literatur beschrieben worden und werden vom Verf. kurz referiert.

13. Molluscum contagiosum (Kulturen und Übertragbarkeit), von Roberto Campana-Rom. Verf. ist es gelungen, die runden glänzenden, von einer doppelt konturierten Linie umgebenen Körperchen zu kultivieren. Er beschreibt die Kulturen, seine Färbemethoden und seine experimentellen Versuche an Hühnern und Kaninchen.

14. Traumatische Alopezie und Vitiligo, von Chajes-Berlin-Schöneberg. Verfasser berichtet über zwei Fälle von Alopezie, im zweiten kombiniert mit Vitiligo, die nach der Anamnese im Anschluß an Traumen entstanden waren. Er nimmt an, daß durch das Trauma Läsionen der betreffenden Hautnerven entstehen, die vielleicht durch darauf beruhende leichte Neuritiden oder auch ohne solche zu trophischen Störungen führen. Sensibilitätsstörungen wurden dabei nicht beobachtet.

15. Formaldehydverbindungen reduzierender Körper und deren Anwendung in der Dermatologie, von Dreuw-Berlin. Dreuw hat in Verbindung mit dem Entdecker des Salipyrins, Luettke, Verbindungen von Formaldehyd mit Resorzin, Pyrogallol, Chrysarobin und β-Naphtol hergestellt, um die reduzierenden Eigenschaften dieser Mittel mit antiseptischen zu vereinigen. Er hat diese Verbindungen „Arlone" genannt, also Salizylarlon, Resorzinarlon, Pyrogallolarlon usw. Trotz der leichten Zerfallbarkeit dieser Körper, die bei Wärme das Formaldehyd abgeben, aber auch schon bei gewöhnlicher Temperatur eine gewisse Spaltung zeigen, ist Verfasser geneigt, die Substanzen als chemische Verbindungen anzusehen. Ein Teil dieser Verbindungen hat die Eigentümlichkeit, gerade entgegengesetzte Löslichkeitsverhältnisse zu zeigen wie das Ausgangsmaterial; während z. B. Pyrogallol leicht löslich in Wasser ist, ist Pyrogallolarlon sehr schwer löslich; während Salizyl schwer löslich ist, ist Salizylarlon leicht löslich; dadurch wird die starke Giftigkeit des Pyrogallols vermindert bzw. aufgehoben, während die reduzierende und antiseptische Wirkung des Präparates ebenso stark oder noch stärker ist. Die guten Wirkungen, die Verfasser bei einer Reihe von Hautkrankheiten mit den neuen Präparaten gehabt hat, werden in einer Anzahl von Fällen dargestellt.

16. Weitere Mitteilungen über syphilitische Veränderungen der Hautgefäße und die damit zusammenhängenden Phänomene, von S. Ehrmann. Schon 1906 berichtete Verf. über Gefäßzeichnungen in der Haut, die sich bei einzelnen Syphilitikern bis in das 3. Dezennium post infectionem beobachten lassen. Die von Ehrmann „Livedo racemosa" genannten Erscheinungen stellen baumförmige livide, an ihren Enden sowie auch sonst in die Umgebung ohne scharfe Grenzen übergehende Figuren dar, die in der Regel einen stärkeren elevierten blauroten Hauptast und ebenso, aber weniger intensiv gefärbte und je mehr nach der Peripherie, immer blasser werdende und weniger elevierte

Digitized by Google

Nebenzweige erster, zweiter und dritter Ordnung besitzen. Nach seinen Erfahrungen, die er seitdem an einigen weiteren Fällen ergänzen konnte, handelt es sich um eine Stauung in den kapillaren und subkapillaren Gefäßen des Papillarkörpers und der subpapillaren Schicht. Die Entstehung der Gefäßveränderungen läßt sich in geeigneten Fällen bis in das sekundäre Stadium der Syphilis zurückverfolgen, und zwar scheint es, als wenn das großmakulöse Exanthem, wie wir es bei Personen mit Cutis marmorata oder Livedo calorica finden, den Ausgangspunkt darzustellen. Die habituelle Livedo calorica, zum Teil auch andere Umstände wie Alkoholismus wirken prädisponierend und führen im Bereiche früherer großmakulöser Syphilide zu Endarteritiden der Hautgefäße, welche die baumartigen Zeichnungen der Haut erzeugen. Die Endarteritiden sind auf den Einfluß der von den Endothelien und der Intima der Blutgefäße aufgenommenen Spirochäten im Sekundärstadium zu beziehen.

17. Über Urticaria pigmentosa congenita, von Joh. Fabry-Dortmund. Verf. empfiehlt die klinischen Eigenschaften der verschiedenen Fälle von Urticaria pigmentosa auch in der Diagnose zum Ausdruck zu bringen; er unterscheidet:

1. Urticaria pigmentosa. Klinisches Charakteristikum; Quaddelbildung, die beim Verschwinden braune Flecke hinterlassen. (Histologisch Mastzellentumor.)

2. Urticaria pigmentosa et perstans papulosa. Es tritt hinzu, daß innerhalb der Flecken persistierende gelbliche Papeln und Quaddeln aufschießen. Histologisch gleichfalls Mastzellentumor.

3. Urticaria xanthelasmoidea haemorrhagica. Das Aufschießen strohgelber, lange Zeit persistierender Geschwülste ist neben pigmentierten Flecken das am meisten in die Augen fallende Symptom, und diese Geschwülste treten nicht im Bereich pigmentierter Flecken auf (Fall Pick, Fall Fabry). Histologisch finden sich Hämorrhagien in der Kutis. Dieser auffallende, pathologisch-anatomische Befund verpflichtet uns, die beiden Fälle als einen besonderen und wie es scheint äußerst seltenen Typ der Krankheit aufzufassen.

18. Die Salvarsanbehandlung der Syphilis im Garnisonslazarett Straßburg i. E., von Fieritz. Bericht über die Erfahrungen an 177 Kranken, die nur mit Salvarsan behandelt wurden. Zur kombinierten Salvarsan-Quecksilbermethode ist Verf. vorläufig nicht übergegangen, schon um nicht auf den Hauptvorteil zu verzichten, den das Mittel dem Militärarzt bietet, nämlich den Soldaten, der früher durch eine einzige Quecksilberkur oft monatelang dem Dienst entzogen wurde, jetzt in kurzer Zeit, oft in wenigen Tagen, dienstfähig zu machen. Die Resultate sind gut; eines abschließenden Urteils enthält sich Verf.

19. Gedanken über die Wirkung unserer Antisyphilitika, von E. Finger-Wien. Im Hinblick auf die enorme Verdünnung, in welcher das Quecksilber beim Menschen die Syphiliserscheinungen bereits günstig zu beeinflussen vermag und im Hinblick auf die Raschheit, mit der die einzelnen Syphiliseffloreszenzen auf das Quecksilber reagieren, die nicht parallel ist zu deren Gehalt an Virus, betrachtet Verfasser das Quecksilber als ein „Stimulans", eines die Abwehrerscheinungen des Organismus steigernden Mittels. Das Optimum der stimulierenden Wirkung ist im Stadium florider Syphilis an den Stellen, wo die Abwehraktion des Organismus bereits eingesetzt hat (Infiltrate). In ganz ähnlicher Weise möchte Finger auch die Wirkung des Salvarsans erklären. Er spricht also dem Salvarsan eine direkte parasitizide Wirkung ab und meint, daß es gleich dem Quecksilber in der Art wirkt, daß es einmal die natürlichen Schutzkräfte des Organismus auslöst und steigert, dann aber auf das syphilitische Infiltrat und über dieses auf das Virus indirekt einwirkt. Die Prognose hängt also nicht von der Energie der Behandlung, sondern im Grunde genommen von der Resistenz des Organismus ab.

Digitized by Google

20. Über Blasenbildung bei Syringomyelie, von W. Fischer-Berlin. Bei einem 23jähr. jungen Mann kam es im Anschluß an eine schwere Infektionskrankheit, wahrscheinlich Meningitis mit Beteiligung des Sehnerven, die als auslösendes Moment wirkte, vom zehnten Lebensjahre an zu trophischen, ulzerösen und bullösen Störungen der Haut, welche in unregelmäßigen Intervallen auftraten und sich anfangs an der Rückenfläche der rechten Hand lokalisierten. Erst später fand eine weitere Ausdehnung der Blasenbildung auf Arm, Brust und Bein statt. Später wurde allmählich die betreffende Extremität schwächer, und es bildete sich eine Sensibilitätsstörung mit starker Herabsetzung des Temperatursinnes aus. Neben periodischen heftigen Schmerzanfällen entwickelten sich schließlich Muskelatrophien.

21. Kreisförmige Läsionen früher Syphilis beim Neger, von Howard Fox-New York. In dem (englisch geschriebenen) Artikel beschreibt Verfasser ringförmige Exantheme, die, ähnlich dem annulären und zirzinären papulösen Syphilid, schon im Frühstadium auftreten. Er hat diese Form als Frühexanthem bei Negern sehr oft, bei Weißen nie beobachten können. Dem Artikel sind gute Reproduktionen photographischer Aufnahmen beigegeben.

22. Vorschläge zu einer sittenärztlichen Statistik, mit besonderer Berücksichtigung der Berliner sittenpolizeilichen Verhältnisse, von Hans Frede und Walter Bruening-Berlin. Die Verfasser machen eingehende Vorschläge zur Aufstellung einwandfreier und vollständiger Statistiken, die gerade bei dem konstanten Krankenmaterial, wie es die Prostituiertenuntersuchung bietet, zur Lösung mancher Fragen beitragen können, und geben genaue Formulare der anzulegenden Tabellen, die in sehr geschickter Weise alle die in Frage kommenden Punkte zusammenfassen. Die Führung dieser Listen setzt allerdings eine derartig zeitraubende Tätigkeit voraus, daß sie gerade bei der Prostituiertenuntersuchung kaum durchzuführen sein wird.

23. Über chronische Thoriumdermatitis, von Wilhelm Friedlaender-Berlin-Schöneberg. Klinischer und histologischer Bericht einer diffusen Dermatitis, die auf der Haut beider Handrücken bei einer 17jähr. Arbeiterin aufgetreten ist, welche seit ca. zwei Jahren im Imprägnierraum einer Gasglühlichtfabrik damit beschäftigt ist, Gasglühstrümpfe durch eine wässerige Lösung von Thoriumnitrat hindurchzuziehen, um die Imprägnierung des Glühstrumpfgewebes mit dieser Substanz zu bewirken. Das klinische Bild ähnelt der chronischen Radium- und Röntgendermatitis leichteren Grades. Durch Quarzlampenbestrahlung wurde der Zustand gebessert, doch ist die Prognose des Falles in Anbetracht der sofort wieder eintretenden Rezidive ungünstig.

24. Eine neue Methode für die Therapie des Lupus des Kehlkopfes mittels Finsenlampe (Parallelstrahlenbehandlung), von Koichi Fujinami-Tokio. Verfasser beschreibt einen Apparat, der an den Finsenkonzentrator befestigt wird, wie er in der Wiener Heilstätte für Lupuskranke benutzt wird. Abbildung.

25. Über Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis, von E. Galewsky-Dresden. Verfasser beschreibt drei Fälle, in denen es sich um ein Krankheitsbild handelt, welches mit dem von Brocq beschriebenen übereinstimmt, d. h. es handelt sich um eine kongenitale Affektion, die das ganze Leben lang ohne große Veränderungen besteht, welche sich äußert in einer mehr oder weniger ausgesprochenen, allgemeinen, gelblichroten Färbung der Haut, nebst einem an Intensität ebenso wechselnden ichthyosisartigen Zustand der Haut, einer Hyperkeratose der Hände, Füße und Nägel und, in einzelnen Fällen speziell am Hals, Nacken und in den Gelenkbeugen, einer beträchtlichen Steigerung der Papillenwucherung, die manchmal an eine Ichthyosis cornea und hystrix erinnern kann. Charakteristisch für die beschriebenen und einige aus der

Digitized by Google

Literatur angeführten Fälle ist das Befallensein gleich nach der Geburt und das Bestehen während des ganzen Lebens ohne Störung für die allgemeine Gesundheit.

26. Zur Therapie des Pemphigus chronicus, von C. Grouven-Halle a. S. Bei vier Fällen von Dermatitis herpetiformis zeigte sich zweimal ein schnell eintretender, einmal ein langsamerer, aber immerhin unverkennbarer Erfolg der Salvarsantherapie. Im vierten Falle war Chinin außerordentlich wirksam, das in einem der ersteren vollständig versagt hatte.

Je ein Fall von schwerstem Pemphigus vulgaris und P. foliaceus reagierte auf die Salvarsanbehandlung in denkbar günstigster Weise; ebenso ein Fall von P. vegetans. Ein Fall von P. foliaceus wurde von Salvarsan gar nicht, aber auch von Chinin bisher nicht in durchgreifender Weise beeinflußt. Hervorgehoben wird, daß bei schweren Fällen augenscheinlich nur öfters wiederholte Injektionen Erfolg versprechen und daß die sonst heute ziemlich verlassene intramuskuläre Injektion sich als erheblich wirksamer erweist wie die intravenöse.

27. Ein Beitrag zur Behandlung umschriebener Hautaffektionen mit Kohlensäureschnee, von A. Halle-Berlin. Nach seinen Erfahrungen erklärt H. die Behandlung mit Kohlensäureschnee als indiziert bei sämtlichen Nävusarten wegen des durch keine andere Methode zu erzielenden kosmetischen Erfolges, ferner bei Verrucae, allen mit Hyperkeratose verbundenen Affektionen, senilen Keratosen und Epitheliomen von oberflächlichem Sitze. Auch Tätowierungen lassen sich durch diese Methode entfernen. Geradezu glänzend sind die Heilerfolge beim Lupus erythematodes und von keiner anderen bisher angewandten Methode erreichbar.

28. Betrachtungen über die Abortivbehandlung der Syphilis, von H. Hallopeau. H. bleibt auf seinem Diktum bestehen, daß die Syphilis im Beginn von umschriebener Lokalisation ist und durch intensive Behandlung der Infektionsstelle und ihrer Umgebung, besonders mit dem von ihm eingeführten Mittel Hektin, abortiv zu behandeln ist.

29. Über Esthiomène, von Julius Heller-Charlottenburg. Bericht über klinischen Befund und mikroskopische Untersuchung eines Falles von Ulcus chronicum vulvae. Der Prozeß, der eine langsam verlaufende, zu Gewebszerfall führende Entzündung ohne charakteristische Merkmale darstellt, ist ein wohl umschriebenes, wenn auch pathogenetisch nicht aufgeklärtes Krankheitsbild. In dem beschriebenen Falle ließ sich nachweisen, daß Syphilis ätiologisch keine Rolle spielte, ebenso Blennorrhöe, Tuberkulose und Karzinom auszuscheiden waren. Ebensowenig konnte eine Konstitutionsanomalie oder ein ungünstiger Bau der Genitalien angeschuldigt werden.

30. Ein klinischer Beitrag zur Entstehungsweise des Lichen ruber planus, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. In den drei geschilderten Fällen handelt es sich um Lichen ruber planus, dessen Diagnose trotz der anfänglichen großen Ähnlichkeit mit Syphilis durch die typischen Knötchen sichergestellt wurde. Bei allen drei Fällen trat die Krankheit zuerst am Penis auf, und zwar wenige Tage nach einem suspekten Koitus. Eine Konfrontation mit den betreffenden weiblichen Personen war nicht möglich.

31. Über Lymphogranulomatosis cutis nodularis bei ausgebreiteter Lupuserkrankung, von W. Heuk-Bonn. Bei einem mit ausgebreiteten Lupuserscheinungen und starken universellen Drüsenschwellungen behafteten Kranken bilden sich im Verlaufe von Wochen und Monaten in der Gegend der Fossa ovalis eines Beines und in den Leisten, aus der Tiefe der Haut aufsteigend, anfangs halbkugelig vorgewölbte, wenig scharf begrenzte, dann scharf sich absetzende und etwas abgeplattete, bis erbsengroße, zentral leicht eingezogene, rosafarbene Knoten von derbelastischer Konsistenz, die

Digitized by Google

spontaner Rückbildung fähig sind. Die histologische Untersuchung dieser Knoten ergibt neben stärkerer Akanthose der Epidermiszapfen eine im wesentlichen perivaskulär angeordnete zellige Einlagerung der Kutis, die in den medialen Schnitten eine nach der Tiefe schärfer abgesetzte knotige Verdichtung darstellt und nach der Peripherie der Knoten zu diffus ausstrahlt. Das Zellinfiltrat besteht im wesentlichen aus Lymphozyten und Plasmazellen, es zeigt daneben epitheloide Zellen mit ovoidem geblähtem Kern, Bindegewebszellen und wenige Mastzellen. Bemerkenswert waren periphere Anhäufungen von Riesenzellen des Langhansschen Typus und große, gewissen Sarkomelementen ähnliche Zellen. Verfasser sieht den Fall als lymphogranulomatöse, knotige Hauteruption bei einer Paltauf-Sternbergschen Allgemeinerkrankung an.

32. Lupoide Einlagerungen bei Lupus erythematodes, von C. A. Hoffmann-Berlin. In der Lesserschen Klinik sind in letzter Zeit zwei Fälle zur Beobachtung gelangt, die klinisch im ganzen dem Lupus erythematodes glichen. Bei Untersuchung mit Glasdruck traten aber Bildungen zutage, die an Lupus vulgaris erinnerten. Es waren in die Herde eingestreute oder auch dicht dieselben anfüllende, bräunlich durchscheinende Massen zu sehen. Es konnte somit rein klinisch ein Zweifel auftreten, ob es sich um Lupus erythematodes, Lupus vulgaris oder um eine Kombination beider handelte. Histologisch gaben beide Fälle das reine Bild des Lupus erythematodes. Riesenzellen, epitheloide Zellen oder sonstige histologische Anhaltspunkte für Lupus vulgaris waren in den Schnitten nicht zu finden. Die klinisch als lupoide Einlagerungen imponierenden Stellen bestanden histoloisch aus Infiltraten, die sich scharf gegen die Umgebung absetzten.

33. Beitrag zur Frage des akuten nodösen Syphilids (Erythema nodosum syphiliticum), von Erich Hoffmann-Bonn. In früheren Arbeiten hat H. die Frage nach dem Vorkommen eines spezifisch syphilitischen Erythema nodosum eingehend behandelt; da gegen seine Ausführungen einzelne Einwände von anderer Seite gebracht worden sind, faßt er seinen Standpunkt in folgenden Sätzen zusammen:

1. Neben den strangförmigen Phlebitiden und den mehr subakut verlaufenden Knotenbildungen, dem nodösen Syphilid Jadassohns, welche auf einer spezifischen Erkrankung der Venen beruhen, gibt es in der Frühperiode der Syphilis auch akute nodöse Ausschlagsformen, die wegen ihres Auftretens in der Eruptionsperiode, ihrer vielfach zu beobachtenden Kombination mit syphilitischen Periostitiden und Gelenkerkrankungen und wegen ihrer Beeinflußbarkeit durch Jod und Quecksilber sowie Salvarsan als echte syphilitische Exantheme aufgefaßt werden müssen.

2. Der Name Erythema nodosum syphilitischen Ursprungs oder Erythema nodosum syphiliticum, der mir wegen der großen Ähnlichkeit mit dem vulgären Erythema nodosum zunächst zweckmäßig erschien, kann, nachdem diese Form als spezifisch anerkannt worden ist, durch die Bezeichnung „akutes nodöses Syphilid" ersetzt werden.

3. Wenn auch Übergänge und Kombinationen zwischen dem akuten und nodösen Syphilid und Frühgummen vorkommen, so ist dieses doch weder der klinischen Erscheinung, noch dem histologischen Bilde nach als Gumma anzusehen, sondern stellt eine besondere, an den subkutanen Venen (Teilungsstellen) lokalisierte, rezente Ausschlagsform dar.

34. Beitrag zur Histopathologie des Herpes zoster, von Erich Hoffmann und W. Friboes-Bonn. Eingehende histologische Untersuchungen an sechs Fällen, aus denen Verfasser folgende Schlußsätze zogen:

1. Auch in frischen Zostereffloreszenzen findet sich eine sehr starke und bis weit ins subkutane Gewebe gehende vaskuläre und perivaskuläre Entzündung, die der

Digitized by Google

Bläschenbildung und den sie einleitenden degenerativen Prozessen in den Epithelzellen vorangeht. Die Theorie der primären Epithelnekrose besteht daher nicht zu Recht.

2. Gewöhnlich sind die Zosterblasen einkammerig. Ihr histologischer Bau entspricht in allen wesentlichen Punkten den Beschreibungen Unnas und Kopytowskys.

3. Häufig finden sich auch mehrkammerige Blasen, deren Zwischenwände meist in schmalen, aus langausgezogenen Retezellen gebildeten Septen bestehen. Die Degenerationsprozesse an den Retezellen innerhalb und in der Umgebung der Blasen sind dieselben wie bei den einkammerigen.

4. Neben diesen Blasen kommen nicht ganz selten eigenartige, keilförmige, an Infarkte erinnernde Epithelnekrosen vor; ihre Form entspricht bald einem abgestumpften, bald einem spitzen Kegel, dessen Basis stets dem Stratum corneum zugewendet ist. Die Spitze reicht meist bis ins subpapilläre Gewebe hinein.

5. Da auch bei diesen keilförmigen Herden die vaskuläre und perivaskuläre Entzündung sehr tiefgehend und sehr stark ausgeprägt ist, sie also sicher längere Zeit besteht, müssen auch hier die entzündlichen Veränderungen als das Primäre angesehen werden.

6. Die Pathogenese des Zoster wird durch diese histologischen Befunde nicht geklärt. Vielleicht können Experimente an Tieren weiteren Aufschluß darüber geben.

(Fortsetzung folgt.)

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Bd. 15, Nr. 10, Juli 1912.

Über die doppelte reduzierende Zuckerprobe, von E. Sonnenberg-Lodz (Polen). Verf. hat eine Reihe Versuche angestellt, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

„1. Der in alkalischer Lösung der Kupfer- und Wismutsalze enthaltene Traubenzucker reduziert beim Erwärmen das Kupfersalz früher als das Wismutsalz.

2. Bei gewissem Mengenverhältnis der beiden Salze in alkalischer Lösung können wir in einer Versuchsanordnung doppelte Einwirkung auf Zucker erzielen, wobei der Reduktion des Kupfers nach einiger Zeit diejenige des Wismuts folgt.

3. Mit dem Harn, in welchem wir Zucker vermuten, müssen wir die erwähnte Probe zweimal machen: einmal verdünnen wir den Harn nicht, das zweitemal verdünnen wir ihn etwa zehnfach. Zweifach angestellter Versuch berechtigt uns, den höheren oder niedrigeren Prozentgehalt an Zucker ungefähr abzuschätzen. Wenn der Reaktionsvorgang mit dem unverdünnten Harn nicht deutlich, mit verdünntem dagegen deutlich auftritt, dann können wir von dem größeren Gehalt an Zucker überzeugt sein.

4. Das Auftreten nur eines Reaktionsvorganges, d. h. Reduktion des Kupfersalzes (im verdünnten Harn), liefert den Beweis für einen kleinen Zuckergehalt im Harn."

W. Lehmann-Stettin.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Heft 4 und 5, Mai 1912.

1. Über Xeroderma pigmentosum, von I. Toyama-Sendai. Verf. fügt zu den bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fällen von Xeroderma pigmentosum Kaposi noch 33 Fälle aus der japanischen Literatur hinzu; davon werden 4 eigene Fälle ausführlich dargestellt. Verf. ist der Ansicht, daß dieses Leiden in Japan relativ häufig

Digitized by Google

ist, und glaubt, dies zurückführen zu müssen auf die isolierte Lage des Inselreiches, die die Mischung des Blutes verschiedener Volksstämme erschwert hat.

2. Über die Reaktion der Syphilitiker auf Quecksilber- und Salvarsaninjektionen, von Hommura-Formosa. Verf. hat über die Fieberbewegungen bei Hg- und Salvarsankuren statistische Tabellen geführt und ist der Meinung, daß das Fieber, mit welchem Patienten oft auf die Behandlung reagieren, unabhängig vom Mittel und von der Methode der Behandlung ist. Temperatursteigerungen sind am intensivsten im Beginn des Sekundärstadiums, weniger stark gegen Ende und gar nicht im Anfange des Primärstadiums und in der tertiären Periode.

3. Über den Einfluß von Tetrodotoxin auf den Urogenitalapparat, bes. über seine Wirkung gegen Impotenz, von S. Inouye & T. Kinoshita-Tokyo. Bei der zysto- und urethroskopischen Untersuchung der Patienten, welchen Tetrodotoxin innerlich oder subkutan zugeführt worden ist, fanden die Verf. starke Gefäßinjektion der Schleimhäute der Blase und der Harnröhre. Andererseits konnten sie oft nach der Anwendung von Tedrodotoxin Pollutionen oder wenigstens Schmerzen am Schluß der Miktion konstatieren. Dies veranlaßte die Verf., das Mittel, welches aus Extrakt des Ovariums von Tetrodon besteht, auch gegen die Impotentia coeundi anzuwenden. Der Erfolg war ganz befriedigend. Die Krankengeschichten der vier damit behandelten Fälle werden mitgeteilt.

4. Über die Wirkung der Trichloressigsäure gegen Pigmentanomalien der Haut, von S. Watanabe & Y. Fujitani. Nach den Erfahrungen der Verf. nimmt die Pigmentation von Nävus pigmentosus, Lentigo und Chloasma bei einer bezw. mehrmaligen Anwendung der 10—25—50%igen Lösung des Mittels allmählich ab, allerdings Narben je nach dem Grade der Ätzung hinterlassend.

5. Pigmentanomalien infolge Syphilis, von Sh. Ema-Kyoto. Verf. beobachtete bei einem 28jährigen Manne mit großpapulösem Syphilid nach dessen Schwund Hyperpigmentation in Ringform mit zentraler Depigmentation. An diesen hyperpigmentierten Ringen zeigten sich später rezidivierende Papeln.

Bei einer Reihe von Leukodermafällen konnte Verf. nachweisen, daß die Leukodermaflecken den Stellen vorher beobachteter Roseola genau entsprachen.

Es handelt sich nach den histologischen Untersuchungen des Verfassers stets um entzündliche lokale Prozesse, wahrscheinlich infolge des toxischen Einflusses der Spirochäten.

6. Der histologische Bau von Vitiligo leprae, von T. Nagamatsu-Kyoto. In der Papillar- und Subpapillarschicht haben sich spärliche Leprabazillen nachweisen lassen.

7. Tätowierung und Syphilis (kasuistische Mitteilung), von T. Aoki-Tokyo. Verfasser berichtet über einen Fall, der mit einem von Dohi kürzlich im Archiv mitgeteilten völlig übereinstimmt. Verf. hat auch Tierversuche unternommen, die den Einfluß des Zinnobers auf Spirochäten in loco bewiesen.

8. Physikalische Therapie bei Pigmentanomalien der Haut, von Sh. Dohi-Tokyo. Verf. hatte Gelegenheit, mehrere Fälle von Vitiligo teils mit Kromayerlampe oder Röntgen, teils mit Kohlensäureschnee zu behandeln, und konnte besonders mit der Quarzlampe relativ günstige Erfolge erzielen. Um die Pigmentation möglichst zu fixieren, hält Verf. für wichtig, die Bestrahlungen nach erzieltem Erfolge noch mehrmals zu wiederholen.

Bezüglich der Anwendung von Kohlensäureschnee, die besonders bei Pigmentnävi und Angiomen in Frage kommt, wird bemerkt, daß der Grad seiner Wirkung von der Festigkeit der Schneemasse, dem Drucke, mit welchem der Schnee auf die Haut appliziert wird, der Zeitdauer seiner Einwirkung, sowie von der individuellen Beschaffenheit

Digitized by Google

der Haut abhängig sei. Um kosmetisch recht gute Resultate zu erzielen, müssen daher alle diese Momente richtig abgepaßt werden.

9. Kohlensäureschneebehandlung von Naevus und Chloasma, von F. KITAGAWA-Nagoya.

10. Die Behandlung der Pigmentanomalien der Haut mit Kohlensäureschnee, von S. SANO & G. MAKI-Tokyo. An der Klinik DOHIS sind in den letzten vier Jahren mehr als 300 Fälle mit Kohlensäureschnee behandelt worden. Die Verfasser berichten über die dabei gemachten Erfahrungen und heben besonders die guten Erfolge hervor, die bei Lupus erythematosus zu verzeichnen gewesen sind.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 7, Juli 1912.

1. Neue Unfälle nach Salvarsan, von GAUCHER. Verfasser berichtet über zwei Todesfälle, zwei Fälle von Taubheit und eine Paraplegie. Die Todesfälle sind ihm aus den Berichten anderer Ärzte bekannt geworden. In einem Falle handelte es sich um einen angeblich gesunden kräftigen jungen Mann von 21 Jahren, der 3 intravenöse Injektionen bekam, von denen die letzte der vorhergehenden nach einem Zeitintervall von 6 Tagen folgte. Die Dosen werden nicht angegeben. 48 Stunden darnach ging der Patient, der eine vollkommene Anurie hatte und Erscheinungen des Trismus zeigte, im Koma mit einer Temperatur von 40° zugrunde, trotz Aderlaß und Kampferinjektionen. Dabei bestanden keinerlei Symptome einer Meningitis, keine Nackenstarre, kein KERNIGsches Symptom, keine Meningokokken in der Spinalflüssigkeit.

Der zweite Fall passierte nach zweimaliger Injektion von 0,6 Neosalvarsan in der Praxis eines Gynäkologen und wird an anderer Stelle ausführlich mitgeteilt werden.

Ebenfalls nach Neosalvarsan und zwar nach einer einmaligen Injektion, deren Dosis nicht mitgeteilt wird, trat bei einem jungen Mädchen von 15 Jahren mit Erscheinungen hereditärer Syphilis eine komplette Paralyse auf, die vom Verf. als Wirkung der Arsenvergiftung bezeichnet wird; eine genauere Darstellung des Falles wird nicht gegeben.

Die zwei Fälle von Taubheit traten etwa 3 Monate nach der Salvarsaninjektion auf und bestanden trotz intensiver Quecksilberbehandlung noch nach 5 Monaten.

Außerdem berichtet G. in diesem Artikel, der einer der heftigsten ist, den G. gegen Salvarsan geschrieben, über eine große Anzahl schnell eingetretener Rezidive und unangenehmer Nebenerscheinungen, die besonders in einem Fall außerordentlich schwer waren und nur langsam zurückgingen. Es handelte sich um einen 20jährigen Mann mit frischer Syphilis, der nach eingeleiteter Hg-Behandlung zweimal 0,3 Salvarsan intravenös bekam; während die erste Injektion nur von leichtem Fieber gefolgt war, setzte nach der zweiten, die 8 Tage später vorgenommen wurde, unter heftigen Allgemeinerscheinungen ein scharlachartiges Exanthem ein, dazu Diarrhöe, unstillbares Erbrechen, nur geringe Urinabsonderung, heftige Kopfschmerzen und ein halb komatöser Zustand.

2. Syphilitischer Schanker am Kollum eines bis in die Vulva prolabierten Uterus, von OZENNE & L. DUROEUX. Kasuistik. W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Therapie der Hautkrankheiten (The treatment of diseases of the skin), von W. KNOWSLEY SIBLEY-London. (London, 1912, Edward Arnold.) Der handliche

Digitized by Google

kleine Band ist sowohl für Dermatologen als auch für praktische Ärzte und Studierende geschrieben und will diesen in kurzer Form eine Anleitung zur Behandlung der in der Praxis am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten geben. Das Büchlein legt Wert darauf, modern zu sein, indem es die Behandlungsmethoden, die in den letzten Jahren in der Dermatologie aufgekommen sind und teilweise unser therapeutisches Handeln vollkommen umgestaltet haben, in erster Linie berücksichtigt, so die Röntgenstrahlen, Hochfrequenzströme, Kataphorese, Kohlensäureschnee, Vakzine- und Hyperämiebehandlung u. a. m. In einem sehr übersichtlichen allgemeinen Teil, der das Buch einleitet, werden darum auch die verschiedenen Methoden und ihre Technik beschrieben und Hinweise auf die Indikationen zu ihrer Anwendung gegeben. Bei den einzelnen Erkrankungen wird dann auf die Behandlungsmethode kurz hingewiesen, und nähere Ausführungen werden nur in den Fällen gegeben, wo die Behandlung der Affektion entsprechend gewissen Modifikationen unterliegt.

Das Buch verzichtet auf eine systematische Einteilung der Erkrankungen und begnügt sich mit einer alphabetischen Aneinanderreihung. Allerdings kommt es dadurch naturgemäß bei der Besprechung der Behandlung gleichartiger oder ähnlicher Affektionen zu zahlreichen Wiederholungen, ohne daß dies aber störend wirkt, da die Schreibweise kurz und präzis ist.

Die Anwendung der verschiedenen Behandlungsmethoden und ihre jeweiligen Indikationen gründet sich auf die Erfahrungen, die Verfasser als langjähriger Arzt am St. Johns Hospital für Hautkrankheiten in London gesammelt hat und sind in jeder Beziehung auf der Höhe unserer heutigen Anschauungen — wenn auch in Einzelheiten mancher Dermatologe abweichende Ansichten haben wird. So wird z. B. Kokain und Orthoform in Salbenform bei Röntgenverbrennungen wohl kaum noch gebraucht werden. Auch die roborierende Behandlung ausgebreiteter Ekzeme mit Strychnin und ähnlichen Mitteln wird nur in englisch sprechenden Ländern heute noch Verbreitung haben. Wenige Dermatologen und Röntgenologen behandeln die Hypertrichosis noch mit Röntgenstrahlen; etwas mehr Gewicht wird heute auf die Kohlensäureschneebehandlung beim Lupus erythematosus, den verschiedenen Formen der Nävi, auch Tätowierungen gelegt werden. Diese und noch einige andere Meinungsverschiedenheiten tun aber dem Wert des Buches keinen Eintrag. Als kurz gefaßtes und sehr präzis geschriebenes Nachschlagebüchlein kann es jedem empfohlen werden, der englisch liest und der in seinen Methoden auf modernem Standpunkt steht bzw. über die notwendigen Einrichtungen und Apparate verfügt. W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Resultate der bisherigen Behandlung der kongenitalen Lues bei den Eltern, von Reinhard Kohlschütter. (Inaug.-Dissert., München 1911.) In dem so wichtigen sozialen Kampfe gegen die kongenitale Syphilis hält Verfasser folgende Forderungen für berechtigt: 1. Jeder Mann und jede Frau, die früher eine Syphilis akquiriert haben, die zu heiraten beabsichtigen, müssen serologisch untersucht werden. Fällt die Wassermannsche Reaktion positiv aus, so sind sie so lange mit Salvarsan, eventuell unter Zuhilfenahme des Quecksilbers zu behandeln, bis womöglich eine Reaktion negativ ausfällt. 2. Jede Wöchnerin, die infolge Syphilis abortiert hat, jede Wöchnerin,

Digitized by Google

die von einer faultoten Frucht entbunden worden ist, ist sofort mit Salvarsan zu behandeln. Diese Behandlung ist so lange fortzusetzen, bis die Wassermannsche Reaktion womöglich negativ ausfällt. Bis zu diesem Zeitpunkte ist eine weitere Konzeption zu vermeiden. 3. Jede Schwangere, die früher eine syphilitische Frucht geboren hat, ist während der Schwangerschaft mit Salvarsan zu behandeln und nach der Geburt des Kindes bis zum negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion weiter zu behandeln.

Vielleicht wird es möglich sein, auf diese Weise in der Behandlung der kongenitalen Lues etwas vorwärts zu kommen. Fritz Loeb-München.

Die Serodiagnose bei infantiler Heredosyphilis und die familiale Syphilis, von Charles Leroux und Raoul Labbé-Paris. (Arch. de méd. des enfants, Dez. 1911.) Die Verfasser haben die familiale und hereditäre Lues studiert und in allen Fällen auch serodiagnostische Untersuchungen vorgenommen. Diese Reaktionen wurden im Pasteurschen Institute in Paris von Levaditi und Latapie vorgenommen und können die erzielten Resultate in folgendem zusammengefaßt werden. Die Serodiagnose der Syphilis ist von großem Nutzen für das Studium der infantilen Heredosyphilis, doch muß dieselbe durch das systematische Aufsuchen der familialen Syphilis vervollständigt werden. Anderenfalls ist es möglich, daß zahlreiche Fälle von hereditärer Syphilis oder auch Parasyphilis unbemerkt bleiben.

Was speziell die Serodiagnose anbetrifft, so gibt dieselbe in Fällen von frühzeitiger Heredosyphilis in 66,6% der Fälle ein positives Resultat, doch wechseln die Ergebnisse je nach dem Stadium und der Natur der Krankheit. Bei sekundärer Heredosyphilis (mit kutanen und mukösen Erscheinungen) gibt die Reaktion fast immer ein positives, seltener ein negatives Resultat. Ebenso ist es auch bei der tertiären Heredosyphilis, obwohl bei derselben die Anzahl der negativen Fälle eine etwas größere ist. Bei der Heredoparasyphilis (Dystrophien, Degenereszenzen verschiedener Art) ist die Serodiagnose fast immer eine negative. Bei latenter Heredosyphilis findet man mitunter positive Resultate. Bei gesunden, von syphilitischen Familien stammenden Kindern findet man immer eine negative Reaktion. Die Wassermannsche Reaktion ist von Bedeutung, falls es sich darum handelt, die latente Heredosyphilis, die so häufig bei Kindern vorkommt, zu entdecken. Ebenso auch für die Differentialdiagnose, falls es sich darum handelt, in zweifelhaften Fällen Tuberkulose von Lues zu unterscheiden.

Die familiale Syphilis wird meistens verkannt, namentlich wenn es sich um den mütterlichen Teil handelt. Diese Syphilis ist sehr oft eine virulente, da sie nicht erkannt und folglich auch nicht behandelt wird. Am öftesten ist dieselbe konzeptioneller Natur, seltener durch direkte Ansteckung erworben. Dies erklärt auch das Colles-Baumèssche Gesetz, daß nämlich ein von einem syphilitischen Vater syphilitisch gezeugtes Kind niemals seine anscheinend gesunde Mutter infiziert aus dem einfachen Grunde, weil dieselbe durch die Konzeption bereits infiziert ist. Die maternelle aktive Syphilis erzeugt meist virulent oder latent syphilitische Kinder mit positiven Reaktionen. Es können aber unter diesen Umständen auch gesunde Kinder geboren werden.

Die latente maternelle Syphilis mit negativer Serumdiagnose gibt fast immer gesunde Kinder oder solche mit parasyphilitischen Erscheinungen, mitunter, wenn auch sehr selten, syphilitische Kinder mit positiver Reaktion mit oder ohne Erscheinungen.

Die väterliche Syphilis, bei anscheinend gesunder Mutter und negativer Reaktion, ergibt nur parasyphilitische Erscheinungen oder gesunde Kinder.

Mit Bezug auf die ganze Familie ergibt die Wassermannsche Reaktion folgendes. Eine aktive väterliche und mütterliche Syphilis mit positiver Reaktion gibt fast immer beim Kinde eine aktive Syphilis mit positiver Reaktion. Eine latente väterliche und mütterliche Syphilis mit negativer Reaktion ergeben fast immer gesunde Kinder oder

Digitized by Google

solche mit parasyphilitischen oder dystrophischen Erscheinungen. Die latente Lues des Vaters (negative Reaktion) und aktive der Mutter (positive Reaktion) ergeben fast immer ein Kind mit aktiver Syphilis und positiver Reaktion, seltener Dystrophien oder gesunde Kinder. Die aktive Syphilis des Vaters (positive Reaktion) und erloschene der Mutter (negative Reaktion) ergeben gesunde Kinder oder solche mit Parasyphilis oder Dystrophien (negative Reaktion). Es ist niemals beobachtet worden, daß ein aktiv syphilitischer Vater ein ebensolches Kind zeugen kann, ohne daß die Mutter zuvor infiziert worden wäre. Mit einem Worte, es ist die Mutter, welche die Bedingungen der hereditären Lues regelt.

Die Behandlung scheint die Resultate der Serumdiagnose nicht in konstanter Weise zu beeinflussen, und letzterer liefert keinerlei sichere therapeutische Indikation.

E. Toff-Braila.

Nicht vermutete Erbsyphilis. Syphilis und Amme, von G. Baux und Berthoumieu. (Bull. méd., 1912, S. 143.) Eine anscheinend gesunde Frau, die bereits ein gesundes Kind hat, gebar einen gesunden Knaben zu richtiger Zeit. Am dritten Tage traten bei diesem im Gesicht stecknadelkopfgroße Knötchen auf, die sich zu Pusteln umwandelten, die platzten und Ulzerationen bildeten. Ähnliche bildeten sich an den Schenkeln, dem Kreuzbein und den Nates. Auf den Fußsohlen makulöse Effloreszenzen. Im Inhalte einer Blase massenhaft Spirochäten. Genaue Untersuchung der Mutter ergibt außer geschwollenen Leistendrüsen keinen Anhaltspunkt für Syphilis. Wassermann positiv. Diese Frau hatte sich als Amme gemeldet. Verfasser weisen darauf hin, wie leicht in diesem Falle die Syphilis hätte unbemerkt bleiben können. Es ist daher die Vornahme der Serorekation bei Ammen dringend anzuraten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über Ikterus bei der hereditären Syphilis, von Rosenberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 756.) Die Frage, ob die syphilitische Erkrankung der Leber beim Säugling Ikterus machen könne, ist noch nicht geklärt. Heubner und Finkelstein sprechen sich dafür, Hochsinger dagegen aus.

Die Erkrankungen der Leber bei Heredosyphilis sind entweder interstitielle, diffuse Entzündung, welche zu Bindegewebsneubildung und Zerstörung des Leberparenchyms, ev. zur „Feuersteinleber" führt, oder miliare Gummata. Bei der erworbenen Syphilis steht das Gumma der Leber im Vordergrund. Nicht jede Form macht Ikterus.

Von den sechs angeführten Fällen von Ikterus ist einer durch ein Gumma an der Leberpforte mechanisch bedingt.

Vier andere beruhen wahrscheinlich auf parenchymatöser Degeneration, aufgetreten in der Eruptionsperiode, zwei davon waren durch andere Infektionen kompliziert.

Ein Fall von schwerem Ikterus, welcher durch antiluetische Kur geheilt wurde, wird als Cholangitis gummosa gedeutet, weil sich gleichzeitig ein Gumma der Bauchdecken zeigte.

Werther-Dresden.

Syphilis hereditaria cerebrospinalis, von Barbier und Gassier. (Bull. méd., 1912, S. 63.) Demonstration eines Kindes. Die Syphilis hered. cerebrospin. kann sich unter Symptomen verschiedener Krankheiten (Meningitis, Epilepsie, multiple Sklerose usw.) äußern.

Richard Frühwald-Leipzig.

Heredosyphilitische Glossitis, von Comby und Schreiber. (Bull. méd., 1912, S. 1196.) Ein 6jähr. erbsyphilitisches Mädchen mit sklerosierender Glossitis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über zwei plötzliche Todesfälle durch Thymushypertrophie bei zwei kleinen hereditärsyphilitischen Kindern, von Alexandre Vacher. (Inaug.-Dissert.,

Digitized by Google

Paris 1911, Nr. 148.) Verfasser geht entschieden zu weit, wenn er die Vermutung ausspricht, daß eine Thymushypertrophie meist syphilitisch-hereditären Ursprunges ist.
Fritz Loeb-München

Syphilis und Scharlach, von T. Silvestri-Modena. (Gaz. degli osped. e d. clin., 1911, Nr. 93.) Eine vorausgegangene Luesinfektion begünstigt die Entwicklung der Tuberkulose, welche in solchen Fällen einen schwereren Verlauf annimmt; sie übt auch einen verhängnisvollen Einfluß auf eine präexistierende Tuberkulose aus. Bei Luetikern nehmen auch andere Infektionskrankheiten einen schweren Verlauf an.

In zwei Fällen übte der Scharlach bei Luetikern einen unzweifelhaften kurativen Einfluß auf die vorhandenen Syphiliserscheinungen aus und bedingte das Negativwerden der Wassermannschen Reaktion. K. Rühl-Turin.

Sind Syphilis und Frambösie verschiedene Krankheiten? von Albert Neisser-Breslau. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1908, Bd. 12.) Syphilis und Frambösie sind ätiologisch vollkommen differente Krankheiten, die an demselben Tier nebeneinander vorkommen können und sich gegenseitig nicht beeinflussen.
Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Syphilis der Haut und Schleimhäute, von A. Havas-Budapest. (Orv. Ujsag. 1911, Nr. 48.) Enthält nichts Neues. Porosz-Budapest.

Abgeschwächte Form des tuberkulären Syphiloderma, von V. Chirivino-Neapel. (Gaz. internaz. di med. e chir., 1911, Nr. 31.) Zwei Beobachtungen. Bemerkenswert ist dieses atypische tertiäre Syphilid besonders wegen der bedeutenden Oberflächlichkeit und der geringen Konsistenz der eruptiven Elemente. K. Rühl-Turin.

Über lupoide Syphilide, von André Bernay. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911, Nr. 95.) Die lupoiden Syphilide sind pathologische Bildungen, welche durch ihr objektives Bild, durch das Fehlen schmerzhafter funktioneller Symptome und allgemeiner Erscheinungen ganz dem Wesen des echten tuberkulösen Lupus nodosus in klinischer Hinsicht entsprechen. Ihre Entwicklung ist der des Lupus zu vergleichen, wenngleich gewöhnlich weniger schnell. Sie können wie der Lupus weite Gebiete ergreifen und zu Zerfall und Entstellung führen, welche die Gesundheit des befallenen Individuums schwer beeinflussen und, wenn sie ihren Sitz im Gesicht haben, in sozialer und ästhetischer Hinsicht fatal werden. Die klinische Diagnose ist schwierig wegen der Ähnlichkeit mit Lupus. Ihr häufiges Vorkommen bei früher tuberkulösen Individuen und in anderen Fällen das gleichzeitige Bestehen skrofulo-syphilitischer Drüsenerscheinungen erschweren die Differentialdiagnose. In tertiären Fällen von Syphilis kann der Ausfall der Wassermannschen Reaktion die Diagnose sichern. In tertiären Fällen ist diese sonst besonders schwierig. Auch negativer Wassermann läßt Lues nicht ausschließen. Positiver Ausfall des Impfversuches bei Meerschweinchen kann die Diagnose auf Tuberkulose sichern, negativer Ausfall dieser Probe schließt Tuberkulose aber nicht aus. Die Tuberkulinproben sind bei beiden differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Affektionen gleich oft positiv. Der Nachweis des Tb.-Bazillus ist von diagnostischem Wert. Intensive gemischte Behandlung ist anzuwenden und zugleich von größtem diagnostischen Wert. Hilft sie, dann ist anzunehmen, daß die Affektion eine spezifische war. Die Lupusfälle, welche durch Quecksilberbehandlung zur Heilung kommen, sind meist syphilitischer Natur. In allen zweifelhaften Fällen soll zur gemischten Therapie gegriffen werden. Fritz Loeb-München.

Erythema multiforme syphiliticum, von Nicolas, Moutot und Charlet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 5.) Ein Patient zeigte die Erscheinungen eines generalisierten Erythema multiforme, das aber doch an den Prädilektionsstellen in größerer Menge

Digitized by Google

vorhanden war. Es waren die verschiedensten Formen vertreten: erythematopapulöse Herde, Herpes iris, Dermatitis contusiformis usw. Die Diagnose wurde auf Grund anderer syphilitischer Manifestationen gestellt. Die Effloreszenzen hatten sich allmählich aus einem sekundärsyphilitischen Exanthem entwickelt. Die Verfasser weisen darauf hin, daß man nicht mehr von einem Erythema multiforme schlechtweg ohne die Ätiologie beizufügen sprechen dürfe. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Keratosis plantaris syphilitica, von Paul Henry. (Inaug.-Dissert., Paris 1910, Nr. 260.) Ohne berichtenswerte Ergebnisse. Fritz Loeb-München.

Über den Pemphigus syphiliticus adultorum, von Oskar Scheuer. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49.) Neben einem makulopapulösen Exanthem zeigte der 32jährige Pat. vier Monate nach der Infektion Blasen, die von einem roten Saum umgeben und deren Inhalt nach kurzer Zeit sich trübte und die nach Salvarsan intramuskulär und Hg abheilten. Im Blaseninhalt wurden Spirochäten gefunden. Die Frage, ob der Pemphigus zur Sekundärperiode oder als spätluetische Erscheinung aufzufassen ist, ist nach Ansicht der verschiedensten Verfasser unentschieden, zumal man weiß, daß neben Erscheinungen des Sekundärstadiums auch besonders bei malignen Formen schon das tertiäre Stadium in Erscheinung tritt. Chrzelitzer-Posen.

Über die syphilitischen Gummata, welche Sarkome vortäuschen, von Emilien Chénelot. (Inaug.-Dissert., Lyon 1910). Verfasser zeigt an der Hand einer interessanten Kasuistik, daß es verhältnismäßig gar nicht so selten vorkommt, daß ein syphilitisches Gumma für ein Sarkom gehalten wird. Zu dieser irrigen Diagnose führt einmal der Sitz und dann das äußere Bild der spezifischen Affektion. Es wurde auch auf Grund dieser Verwechslung in mehreren Fällen operiert. Eine intensive spezifische Kur ist der beste Schutz gegen diese Verwechslung und natürlich zugleich die beste Therapie. Fritz Loeb-München.

Raynaudsche Krankheit und Syphilis, von Felix Lenègre. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 220.) Die symmetrische Gangrän der Extremitäten, die maladie de Maurice Raynaud der Franzosen, beruht wahrscheinlich auf innersekretorischen Störungen, welche zu einem Gefäßspasmus führen. Die Schilddrüse scheint eine Rolle bei diesem harmonischen Prozeß zu spielen. Eine große Anzahl von Fällen symmetrischer Gangrän, verursacht durch syphilitische Arterienerkrankung, ist unter dem Namen der Raynaudschen Krankheit beschrieben worden. Es sind aber nur die Fälle echter Raynaudscher Krankheit syphilitischen Ursprungs, welche alle von Raynaud aufgestellten Symptome zeigen und auf eine spezifische Behandlung reagieren. Die syphilitische Infektion spielt als prädisponierendes Moment nur eine geringe Rolle, ihr Einfluß ist indessen sicher festgestellt. Fritz Loeb-München.

Über Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis, von Bering-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Bei der erworbenen Syphilis kommen Gelenkerkrankungen vor, die weder der Früh- noch der Spätsyphilis zuzurechnen sind. In einzelnen Fällen treten die Erscheinungen akut auf, in der Mehrzahl der Fälle chronisch. Im Anfang der Erkrankung sind die Bewegungen in den Gelenken fast gar nicht behindert, dann allmählich mehr infolge der Spannung, welche der zunehmende Erguß mit sich bringt. Dieser entwickelt sich, was charakteristisch ist, in Wochen und Monaten. Geringe Temperatursteigerung. Fehlen kardialer Symptome. In den meisten Fällen positive Wassermann-Reaktion. Die Gelenklues hat wahrscheinlich ihren Sitz in der Gelenkkapsel. Die Diagnose ist nicht immer leicht. Wenn frühzeitig gestellt, günstige Prognose. Unbehandelte Fälle enden schließlich mit schweren Gelenkstörungen. Kobligk-Dresden.

Digitized by Google

Arthritis syphilitica cubiti, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 3.) Ein Patient, der vor acht Jahren Syphilis akquirierte, bemerkte seit zwei Jahren eine zunehmende Schwellung des linken Ellenbogengelenkes, die endlich aufbrach und Fisteln bildete. Die Bewegungen waren aufgehoben; bei der Durchleuchtung zeigte sich das distale Ende des Humerus fast völlig zerstört und der Radius unterhalb des Köpfchens von gummösen Kavernen eingenommen. Es bestanden noch andere Knochenaffektionen. Bedeutende Besserung durch spezifische Behandlung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Lokalisationen der sekundären Syphilis am Periost und am Knochen, von Paul Clogne. (Inaug.-Dissert., Paris, Nr. 381, 1911.) Spezifische Erscheinungen am Periost können sich bei Syphilis sehr frühzeitig einstellen, manchmal schon vor dem Auftreten einer Roseola oder von Schleimhautplaques. Diese Frühsymptome am Knochen sind indessen recht selten. Es gelang dem Verfasser nur, sie unter 2112 Fällen von sekundärer Syphilis 12 mal zu beobachten, d. i. in 1 von 176 Fällen. Der Häufigkeit nach beobachtet man zuerst Periostitis, dann Periostose, dann subperiostales Gumma. Von allen Knochen ist das Os frontale am häufigsten der Sitz der Erkrankung. Das Hauptcharakteristikum dieser Affektion ist immer eine schmerzhafte Knochenanschwellung. Handelt es sich um eine Periostitis, so zeigt die Anschwellung eine gewisse Elastizität; bei der Periostose ist die Konsistenz eine knochenharte; das anfänglich harte, subperiostale Gumma wird bald weicher. Irgend welche schwerere Erscheinungen zeigen diese Läsionen nicht. Sie sind keineswegs im allgemeinen als ein Zeichen einer schweren Syphilis aufzufassen. Eine spezifische Behandlung bringt sie bald zum Schwinden.

Fritz Loeb-München.

Betrachtungen über die Spina ventosa syphilitica, von Jean Lombès. (Inaug.-Dissert., Toulouse, 1911, Nr. 964.) Die syphilitische Spina ventosa ist eine seltene Affektion. Sie wird beobachtet bei Heredosyphilis wie bei erworbener Syphilis, häufiger bei Kindern und jungen Leuten als bei Erwachsenen. Bei hereditärer Syphilis tritt die Spina ventosa frühzeitig auf, im Gegensatz zu ihrem späten Auftreten bei der erworbenen. Die Finger zeigen sich häufiger befallen als die Zehen; die Phalangen des Mittelfingers häufiger als die anderen Phalangen oder die Metakarpalknochen. Die häufigste Manifestation an den Knochen ist bei hereditärer Syphilis die Spina ventosa syphilitica, die von der tuberkulösen Spina ventosa wesentlich verschieden ist. Eine genaue Anamnese und klinische Beobachtung sind imstande, eine Verwechslung der hereditären Knochensyphilis mit Knochentuberkulose, Rachitis oder einer anderen Knochenerkrankung zu verhindern. Die spezifische Therapie hat nur dann Aussicht auf einen Erfolg, wenn sie möglichst frühzeitig einsetzt. Bei älteren Fällen ist der Erfolg nur mittelmäßig.

Fritz Loeb-München.

Schädelgummata, von Callewaert. (Policlinique, 1911, Nr. 24.) Bericht über einen durch 0,4 g Salvarsan intravenös geheilten Fall. A. Gunsett-Straßburg.

Perforation der Schädelkapsel infolge von Knochenresorption im Anschluß an gummöse Osteo-Periostitis, von Juan de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 1, Jahrgang IV.) Bei einem 65jährigen Kranken mit zerebraler Lues (Aphasie mit Hemiplegie und Kontrakturen) fand sich am Scheitel ein vollständiger, 5 cm großer, ovaler Knochendefekt, dessen Zentrum ungefähr der hinteren Fontanelle entsprach. Der Substanzverlust war genau durch einen hohen harten Rand eingefaßt, wie er bei Osteo-Periostitiden typisch ist. Die Haut darunter war vollkommen intakt, und der Kranke hatte von dem Vorhandensein oder Auftreten dieses Defekts nicht das geringste gemerkt. Die Wassermannsche Reaktion war stark positiv. Wahrscheinlich handelte es sich um einen typischen Fall von Virchowscher Caries sicca. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Ein Fall von syphilitischer Nekrose der Halswirbel, von F. X. I. Callaghan-Dublin. (Lancet, 23. Sept. 1911.) Ein 23jähriges Mädchen, das etwa vier Jahre zuvor syphilitisch infiziert worden war, kam wegen intensiver Schmerzen und Bewegungsbehinderung am Kopfe und Hals in Behandlung. Sie war genötigt, den Kopf mit den Händen zu stützen, um sich Linderung zu verschaffen. Man diagnostizierte Gumma in der Gegend der Halswirbelsäule. Nach zweitägiger Beobachtung hustete Patientin zwei recht erhebliche Knochenstücke aus, welche als Teile des dritten und wohl des zweiten Halswirbelknochens anzusehen sind. Das größere Stück, 2,1 × 1,3 × 1 cm groß, läßt, wie das Photogramm zeigt, deutlich seine Herkunft erkennen. Patientin trägt seitdem einen Stützapparat und befindet sich, abgesehen von einer ausgesprochenen Versteifung des Halses, bei guter Gesundheit. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lungensyphilis. Beitrag zur Kenntnis der Lungensyphilis beim Erwachsenen, von Georges Massia. (Inaug.-Dissert., Lyon, 1911, Nr. 127.) Der Syphilis der Lunge kommt eine größere Bedeutung zu, als allgemein angenommen wird. In anatomischer Hinsicht sind zwar durchaus charakteristische Bilder nicht vorhanden, alveoläre Neubildungen mit kubischem Epithel machen aber das Vorliegen einer syphilitischen Lungenaffektion sehr wahrscheinlich. Riesenzellen brauchen nicht immer auf Tuberkulose hinzuweisen, sie sind bei syphilitischen Haut- wie Lungenaffektionen häufig. Die Differentialdiagnose gegenüber Tuberkulose wird durch den Ausfall eines Impfversuches sicherzustellen sein. In klinischer Hinsicht kann die Syphilis der Lungen mit Tuberkulose der Lunge vergesellschaftet sein. In solchen Fällen kann nur eine sehr kritische Verwertung der Symptome die Diagnose sichern. Die beste diagnostische Methode ist eine Probetherapie. Besonders die chronischen Fälle von Lungensyphilis eignen sich sehr gut für die spezifische Therapie. Sind aber Sklerosen oder Bronchiektasien aufgetreten, dann ist ein therapeutischer Erfolg selten. Fritz Loeb-München.

Über bronchoskopisch diagnostizierte Tracheo-Bronchial- und Lungensyphilis, von Alfred Denker-Halle. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Verfasser berichtet über einen Fall von Tracheo-Bronchialsyphilis, der mittels des Bronchoskops sicher als solcher diagnostiziert werden konnte. Es fanden sich ausgedehnte Ulzerationen in der Trachea unterhalb der Stimmbänder bis zur Bifurkationsstelle hin, sowie eine durch Infiltratbildung bedingte Verengerung des linken Hauptbronchus.

Albert Kunst-Dresden.

Ein Fall von Syphilis der Trachea und der Bronchien, von Emil Goetsch-Stettin. (Inaug.-Dissert., Greifswald, 1910.) Der Titel sagt, was den Fall bemerkenswert macht. Es handelte sich um eine 34jährige Puella publica. Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis des syphilitischen Ursprunges der bronchitischen Dilatationen, ihr Zusammentreffen mit gewissen viszeralen Läsionen syphilitischer Herkunft, von Albert Abécassis. (Thèse de Lyon, 1910.) Unter den im Titel genannten viszeralen Komplikationen versteht Verfasser (ihrer Häufigkeit nach geordnet): die syphilitische Aortitis, das Aneurysma der Aorta, Lebersyphilis, Tabes. Um die spezifische Natur der bronchitischen Dilatationen sicherzustellen, müssen vier Bedingungen erfüllt sein: ein konstantes histologisches Bild (alveoläre Wucherung kubischen Epithels), Lues in der Anamnese, konstant positiver Ausfall der Seroreaktion, Vorhandensein anderer sicher syphilitischer Erscheinungen. Eine energische Frühbehandlung vor dem Auftreten von Komplikationen, wie Bronchopneumonie, fötide Bronchitis, ist imstande, die Entwicklung des Leidens günstig zu beeinflussen. Fritz Loeb-München.

Syphilis der inneren Organe, von H. Benedikt-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 3.) Die luetische Infektion hat viel früher den Charakter einer allgemeinen Erkrankung, als sie zum Vorscheine kommt. Die Exstirpation der primären Sklerose

Digitized by Google

in der ersten Zeit ist nicht imstande, die allgemeine Erkrankung zu verhindern. Ein Teil des Virus verläßt die Infektionsstelle, ehe er klinisch erkannt werden kann, und gelangt in das Lymph- und Blutgefäßsystem; man weiß aber auch, daß die Sklerose wochenlang immer neue Spirochäten in den Organismus schickt. 2—3 Wochen vor dem Auftreten des Ausschlages fängt das Virus an, sich im Blute stark zu vermehren. Die prodromale Periode, als gemilderte Spirochätensepsis, ist für den ganzen späteren Prozeß verantwortlich. Was in dem auf Jahre und Jahrzehnte sich erstreckenden Verlaufe der Syphilis auftreten kann, ist in dieser Periode determiniert. Auch die spätesten Rezidive entstehen nicht aus neueren hämatogenen Infektionen, sondern sie sind, wie es Finger nachweist, dem eingeschlossenen Virus zuzuschreiben, das aus der ersten Zeit der Eruption dort geblieben ist und nur wegen der zeitweiligen Schutzreaktion der Gewebe zur Latenz verurteilt war. Bezüglich der Häufigkeit des Prodromal- und Eruptionsfiebers gibt es keine sicheren Daten, aber in vielen Fällen gibt es subfebrile Temperaturen. Um so überraschender sind die Fälle mit hohem (39,8—40,8°) Fieber, mit bald remittierenden, bald intermittierenden, bald stetig steigenden Temperaturen. Diese Febris continua continuens sinkt nach dem Auftreten des Exanthems kritisch. Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen verraten die Infektion des zentralen Nervensystems. Das Virus dringt auch in die Muskeln und die serösen Häute ein. Damit zugleich stellt sich die Iritis luetica ein. Auch im Herzen und den Blutadern findet das Virus einen Ablagerungsplatz. Myocarditis acuta luetica, mit Asthma cardiale-artigen Anfällen, mit sich rasch entwickelndem Aszites geben nur bei spezifischer Behandlung nach. Die Aorta ist eine Hauptachse der späteren luetischen Pathologie. Auch die periphären kleineren Schlagadern bekommen manchmal schon in dieser frühzeitigen Periode ihren Teil. Die Leber antwortet mit Ikterus auf die allgemeine Infektion. Die Nephritis syphilitica praecox wetteifert an Bedeutung mit der des Ikterus. Jene luetischen Patienten, bei denen später die viszeralen Symptome überwiegen, sind für die Produzierung der Haut- und Schleimhauterkrankungen weniger inkliniert und so entgehen sie im rezenten Stadium der ärztlichen Beobachtung. Unter den Trägern der viszeralen luetischen oder metaluetischen Krankheiten, unter den an Tabes, an Paralyse Leidenden bilden jene einen hohen Prozentsatz, die steif und fest behaupten, daß sie niemals an sich Sklerosen und sekundäre luetische Erscheinungen beobachtet haben und wo doch der eventuelle Erfolg der antiluetischen Behandlung den luetischen Charakter der viszeralen Erkrankung über jeden Zweifel erhebt. Man muß annehmen, daß bei diesen die rezente Lues, auch der Verallgemeinerungsprozeß des Virus unter anderen Symptomen verlaufen sein muß, als bei jenen, die sofort mit ihrer Haut, Schleimhaut, Lymphdrüsen reagiert haben. Hinter den dunklern Infektionszuständen (Gelenksschmerzen, vorübergehende Albuminurien und Herzneurosen) jugendlicher Individuen, ferner hinter den wochen- oder monatelang anhaltenden Unpäßlichkeiten und anämischen Zuständen ungewissen Ursprunges und mit ungewisseren Symptomen in den ersten Jahren der Ehe steckt eine solche larvierte Lues. Sicher ist, daß weder die Dauer der Inkubationszeit, noch die mehrfache negative Wassermann-Reaktion, noch ferner — und das ist das traurigste — die jahrelang gewissenhaft vorgenommene Behandlung eine unbedingte Garantie für das Ausbleiben der viszeralen Erscheinungen sind. Mit den fortschreitenden Jahren leiden die Aortawände durch die gewöhnlichen und außergewöhnlichen Speisenreize, die Überernährung, die geistigen Getränke, physische Arbeit oder Gemütserschütterungen, bei Frauen unter der Wirkung der durch die nahende Menopause bedingten häufigen vasomotorischen Schwankungen, in ihrer Vitalität so sehr, daß die aus der sekundären Periode zurückgebliebenen Spirochäten zur wirklichen Erkrankung der Wand, zur Aortitis luetica führen. Verfasser hält die späteren luetischen Erkrankungen der Aorta unter sämtlichen vis-

Digitized by Google

zeralen Symptomen für die wichtigsten. Da der Anfang der Aorta mit dem ersten dorsalen Rückenmarkssegment und letzteres mit dem Sympathicus des Kopfes in Zusammenhang steht, sind die Pupillendifferenzen häufig. Nach Genersich können die tabetischen Veränderungen des Rückenmarks von den Erkrankungen der an der Aortitis teilnehmenden und das Rückenmark versehenden interkostalen Adern entstehen. Später sieht man die Patienten mit ausgeprägter Aortainsuffizienz. Mit dem Fortschreiten der Aortitis wird die Intima dick, vernarbt und die Mündungsstelle der aus der Aorta stammenden Schlagadern wird enge. Bei stark erweiterter Aorta und Aortaklappeninsuffizienz fühlt man weder an der Karotis noch an den Armschlagadern den Puls. Die luetischen Veränderungen des Gehirns und des Rückenmarks und auch die späteren Nephrititiden luetischen Ursprungs basieren auf den syphilitischen Erkrankungen der Kleinadern. Diabetes mellitus hängt mit den syphilitischen Veränderungen der Pankreasblutgefäße zusammen. In Fällen von fieberhaften Erkrankungen muß man an viszerale fieberhafte Komplikationen denken. Es gibt wenig Fälle, in denen eine einige Wochen anhaltende spezifische Behandlung mit einer Gefahr oder einem unersetzlichen Zeitverlust einhergehen würde, und es gibt wenige Patienten, denen eine solche Kur schadet, wenn es sich nicht um fortgeschrittene Phthisiker und karziomatöse Patienten handelt. Man halte eine Diagnose ex juvantibus nicht für unwissenschaftlich. Man fahre mit der Behandlung jahrelang fort, auch wenn die Reaktion negativ ist. Porosz-Budapest.

Über die Beziehungen der Syphilis zu einigen Drüsen mit innerer Sekretion (Schilddrüse, Pankreas, Hypophyse, Hoden), von Paul Delpy. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 117.) Verfasser führt den Nachweis, daß die Syphilis, besonders die erworbene, gar nicht so selten zu Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion führt und daß auf diese sekundären Folgen eine spezifische Therapie nicht immer erfolgreich einzuwirken vermag. Fritz Loeb-München.

Zur viszeralen Syphilis (Pancreatitis syphilitica mit Diabetes, akute gelbe Leberatrophie) und ihrer Heilung durch Salvarsan, von Umber-Altona. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Folgende zwei in ihren Hauptpunkten anschaulich mitgeteilten Fälle dürften weiteres Interesse beanspruchen: I. Ein 48jähriger Herr, 1898 luetisch infiziert, mit zwei spezifischen Kuren sachgemäß behandelt, erkrankte 1909 mit dyspeptischen und diabetischen Erscheinungen; ein Jahr später kam er in sehr abgemagertem Zustand in die Behandlung von U. Im Epigastrium in der Gegend des Pankreas eine querliegende, walzenförmige, druckempfindliche Resistenz, welche dem etwa zweifachen Volumen des Pankreas entspricht; Stühle stark fetthaltig, grausilberglänzend. Zucker im Urin 5,4%. Nach Injektion von 0,4 Salvarsan à la Wechselmann alsbald Besserung und schließlich völlige Genesung. II. Ein 19jähriges Mädchen, drei Monate zuvor an Ulcus durum behandelt, erkrankte acht Tage vor der Aufnahme mit großer Schwäche, starkem Ikterus und Leberschwellung; letztere zeigte alsbald eine schnelle Schrumpfung, in 24 Stunden um $1^1/_2$ Querfinger. Nach intravenöser Injektion von 0,4 Salvarsan hörte das Abnehmen der Leberdämpfung auf, und es trat allmählich volle Gesundung ein. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von typhöser Syphilis, von Louis Rénon und Charles Richet, Sohn. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 49.) Ein 17jähriger Tagelöhner wird in typhösem Zustand ins Spital gebracht. Er hat starke Schmerzen im Kopf und Leib, Diarrhöe, 40,2 Fieber, einen Puls von 108 und ist in vollständig apathischem Zustand. Die Milz ist stark vergrößert, ebenso die Leber, die Zunge fuliginös, es besteht eine nicht ulzerierte erythematöse Angina und geringe Nackenstarre. Die Diagnose wurde anfangs auf Typhus gestellt, bis ein breites Kondylom am Anus Aufklärung brachte. Es stellte sich dann heraus, daß der Kranke zwei Monate vorher einen Schanker akquiriert hatte, desgleichen

Digitized by Google

fand sich leichte Pigmentsyphilis an der Haut und allgemeine Drüsenschwellung. Im Blute wurde eine Leukopenie, nicht aber eine Mononukleose wie beim Typhus gefunden, drei Tage später entwickelte sich eine leichte Leukozytose. Im Liquor cerebrospinalis, der unter geringem Drucke stand, fand sich eine Vermehrung des Zuckers und des Albumens und eine Lymphozytose. Hingegen war die Wassermannsche Reaktion bei einem Untersucher negativ und bei einem anderen schwach positiv. Drei Salvarsaninjektionen brachten die Symptome zum Schwinden. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur erworbenen Syphilis der Ileozökalgegend, von S. Goto-Kiushiu. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, Heft 1.) Fall von syphilitischer Striktur der Ileozökalgegend bei einer 24jährigen Frau. In den Veränderungen der Darmwand wurden kleine Knötchenbildungen und diffuse, gefäßreiche, einkernige, leukozytäre Infiltration in der Submukosa, nahe der erkrankten Partie, gefunden, welche beträchtliche Verdickung der Submukosa verursachten und welche als Gummiknötchen und als gummöse Infiltration gedeutet wurden. Schourp-Danzig.

Über Magensyphilis, von Galliard-Paris. (Acad. de méd., 6. Juni 1911.) Die Syphilis des Magens kann unter mannigfachen Formen in Erscheinung treten. Es gibt eine einfache katarrhalische Form (akut oder chronisch), eine hyperplasische, gummöse Form, die auch als Pseudokarzinom bezeichnet werden könnte, endlich eine ulzeröse Form, deren Wichtigkeit darin besteht, daß man vor sehr schweren Magenblutungen stehen kann, die aber durch eine zweckmäßige spezifische Behandlung geheilt werden können. So beschreibt G. den Fall einer 51jährigen Frau mit rezidivierenden Magenblutungen und Gastralgien, bei welcher man nur das Mangeln der Pupillarreflexe für Licht und eine positive Wassermannsche Reaktion fand. Man machte Hg-Einspritzungen, welche zu einer vollständigen Heilung führten. Da Rezidive und Stenosierungen vorkommen können, muß die Behandlung noch längere Zeit nach Verschwinden der akuten Erscheinungen fortgesetzt werden. E. Toff.

Magensyphilis, von Eguiguren und Urrutia-San Sebastian. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 3.) Ein 27jähriger Mann erkrankte mit Leberkoliken und Ikterus, dem sich später hartnäckige Magenbeschwerden anschlossen, die öfters von Hämatemese begleitet waren und aller Therapie trotzten. Die Symptome wurden so heftig, daß man eine Gastroenterostomia posterior ausführte, bei welcher aber der Magen ebenso wie Leber und Gallenblase, als normal befunden wurde. Die Operation brachte anfangs Besserung, bis sich später wieder Hämatemese und Leberkoliken einstellten. Dazu kam noch generalisiertes Anasarka und Aszites, der mehrmals punktiert werden mußte. In diesem desolaten Zustand nahm der Kranke etwas Jodalose, worauf sich der Zustand besserte. Das jetzt untersuchte Blut zeigte positiven Wassermann, und Salvarsan in Verbindung mit einer Schmierkur brachte vollständige Heilung. A. Gunsett-Straßburg.

Über hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Syphilis, von Richard Hahn. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 759.) Verfasser teilt drei Fälle dieser seltenen Erkrankung mit. Einer davon ist zweifelhaft, da er vor der Feststellung der Nephritis schon Sublimat erhalten hatte. Die beiden anderen zeigten im Urin Zylinder aller Art, auch Wachszylinder und Fettkörnchenkugeln, also Bestandteile einer chronischen Parenchymentzündung. Die Niere war vergrößert. Die Kinder standen im frühesten Säuglingsalter und erlagen der Krankheit. Werther-Dresden.

Beitrag zu den klinischen Studien über Nierensyphilis, von Paul Pfeiffer. (Inaug.-Dissert., Jena 1910.) Die Nierensyphilis ist eine immerhin seltene Erkrankung und nur ein geringer Prozentsatz wiederum kommt zur Sektion. Besonders die Fälle von transitorischer syphilitischer Albuminurie und die ganz leichten infiltrativen Prozesse in den Nieren entgehen wegen ihres leichten Verlaufes der Beobachtung. Die spezifisch-

Digitized by Google

pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche die Lues in der Haut hervorbringt, sind bei Nierensyphilis, abgesehen von den Gummigeschwülsten, nicht beobachtet worden. Vor allem ist bis jetzt noch nicht der Spirochätennachweis im Nierengewebe geführt, wenn auch im Urinsediment bei sekundärer Syphilis Spirochäten gefunden wurden. Bei Nierensyphilis sind beschrieben worden: akute und chronische Formen parenchymatöser Veränderungen der Niere, die granulierte Niere, einseitige Nierenatrophie, Amyloid der Niere und das Gumma der Niere. Auf die Stadien der Syphilis verteilen sich die einzelnen Formen von Nierensyphilis so, daß die syphilitischen Albuminurien und parenchymatösen Veränderungen sich in der Hauptsache bei der Frühsyphilis finden, während die interstitiellen Veränderungen, Amyloid, Gummata, einseitige Nierenatrophie, meist der späteren Periode angehören.

Verfasser schildert eingehend zwei Fälle von Nierensyphilis „aus der Hautabteilung Jena" und erörtert im Anschluß daran die Kriterien der Diagnose.

Von den spezifischen Mitteln scheiden bei Nierensyphilis Atoxyl und Arsazetin ohne weiteres aus. Was die Hg-Applikation im besonderen anbelangt, so ist erfahrungsgemäß die Inunktionskur die mildeste Form; in hartnäckigen Fällen kommt noch die Injektion löslicher und, wenn auch diese Inkorporationsmethode versagt, milder unlöslicher Hg-Salze in Betracht. Gleichzeitig mit einer antiluetischen Therapie müssen bei Nierensyphilis hygienisch-diätetische Maßnahmen Platz greifen. Auch das Salvarsan kann eine Rolle spielen. Fritz Loeb-München.

Untersuchungen über die sekundäre Nierensyphilis im Anschluß an drei Originalbeobachtungen mit Autopsie, von E. Mosny und F. Moutier. (Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol., September 1911.) Auffallend an den mitgeteilten Fällen ist die relativ geringe Eiweißmenge, während bei anderen Fällen, die in Heilung übergehen, oft ganz enorme Quantitäten vorkommen. Die Nephritis war zwischen vier und sechs Monaten nach der Infektion aufgetreten; in einem Falle konnte der chronologische Zusammenhang zwischen Initialsklerose und Nierensyphilis nicht mehr festgestellt werden. Bei der Autopsie waren die Nieren groß, weiß, weich. Außer kongestiven Läsionen wurden intensive Veränderungen des glomerulo-tubulären Apparates nachgewiesen: Degeneration der Epithelien und Amyloidentartung der Kapillaren der Glomeruli und Pyramiden. In einem langsam verlaufenden Fall fand sich außerdem eine beginnende intertubuläre Sklerose. Gunsett-Straßburg.

Klinik der Lebersyphilis, von V. L. Schrager-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 9. März 1912.) Die Häufigkeit der Lebersyphilis wird unterschätzt; der Symptomenkomplex der Erkrankung ist nicht pathognomisch, sondern ist bei den meisten Lebererkrankungen anzutreffen. Bei unsicherer Diagnose ist die Wassermann-Reaktion anzustellen bzw. zur Probe eine antiluetische Behandlung einzuleiten; als solche empfiehlt sich am besten die gemischte Behandlung, die häufig einen schlagenden Erfolg hat.
Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von febriler Lebersyphilis, von Urrutia. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 3.) Ein 33jähriger Mann litt seit vier Monaten an abendlichen Temperatursteigerungen bis 38°, außerdem an Anorexie und Schmerzen im Epigastrium. Hier entwickelte sich allmählich eine harte Geschwulst, welche dem linken Leberlappen entsprach. Die Temperatur stieg abends sogar bis 38,8 und der Kranke magerte in hohem Maße ab. Da die Wassermannsche Reaktion positiv war, wurde er mit Kalomelinjektionen und Jodkalium behandelt und heilte unter dieser Therapie bald.
A. Gunsett-Straßburg.

Hämolytischer syphilitischer Ikterus. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 4.) Dieser Ikterus erscheint bei Beginn der Sekundärperiode und unterscheidet sich wie die übrigen

Digitized by Google

hämolytischen Ikteri von dem hepatischen Ikterus durch die Anämie, die Labilität der roten Blutkörperchen, die Autoagglutination und das Vorhandensein von hämolysierenden Körpern im Serum. In klinischer Beziehung ist dieser Ikterus leichter Art, die Milz ist vergrößert, Pruritus und Bradykardie fehlen, das Allgemeinbefinden bleibt gut. Als Arbeiten über diese Form von Ikterus kommen in Betracht: 1. GAUCHER und GIROUX (Ann. des mal. vénér., 1910), 2. DE BEURMANN, BITTE und CAIN (Soc. méd. des hôp., 2. Dez. 1910) und G. TEISSET (Steinheil 1911). A. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von Leberzirrhose beim Erwachsenen auf Grund kongenitaler Lues, von H. GÜNTHER. Aus dem pathologischen Institut zu Bonn. (Inaug.-Dissert., Bonn 1912.) Es handelt sich um einen in der Entwicklung sehr zurückgebliebenen 24jährigen. Kein Alkoholmißbrauch. Niemals ein Hautausschlag. Für Lues sprechen aber positiver WASSERMANN, HUTCHINSONsche Zahnbildungen und der Infantilismus. Ikterus höchsten Grades seit zwölf Monaten. Bei der Sektion zeigte sich die Milz um das 6—8fache vergrößert. Die mikroskopischen Präparate zeigen, daß es sich um eine beginnende und eine fertige Leberzirrhose handelte. Die sieben Monate nach Einlieferung vorgenommene TALMAsche Operation war erfolgreich und führte zum Schwinden des Aszites. Pat. blieb lange Zeit beschwerdefrei. Exitus an Pneumonie. Verfasser spricht sich dahin aus, daß sowohl der beschriebene Fall, als auch allgemein Leberzirrhose auf kongenitale Syphilis bezogen werden kann. Fritz Loeb-München.

Gumma der Leber, von ERNEST DE CRAENE. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 5.) In der Leber eines 45jähr. Mannes mit syphilitischen Erscheinungen fand sich ein faustgroßer polyzyklischer Tumor, der histologisch als Gumma erkannt wurde.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von „Röhrentuberkulose" der Leber, wahrscheinlich mit Syphilis kombiniert, von H. C. HALL-Kopenhagen. (Virchows Arch., Bd. 206, Heft 2.) Bei einer 47jährigen Frau fand man bei der Autopsie Hepar lobatum mit zahlreichen gelbweißen, bisweilen verkästen Knötchen von Linsen- bis Erbsengröße und mit interstitiellen Veränderungen des Bindegewebes. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Kombination von Syphilis mit Tuberkulose. Schourp-Danzig.

Allgemeine klinische Studie über die Syphilis der Urethra, von CHARLES BAYE. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 319.) Die umfangreiche Arbeit (203 Seiten) bringt die Krankengeschichten von 28 Fällen und ein gutes Literaturverzeichnis von 129 Nummern. Details müssen im Original studiert werden. Fritz Loeb-München.

Die frühzeitigen syphilitischen Erkrankungen des Nebenhodens, von J. GUSZMANN-Budapest. (Orv. Hetilap, 1911, Nr. 55.) Die Syphilis des Nebenhodens kommt entweder in der Weise zustande, daß sich die luetisch chronische Entzündung von dem Hoden auf den Nebenhoden verbreitet. Dies kommt nach RECLUS in etwa 57% der Hodensyphilisfälle vor, nach BALME in 43%, oder der Nebenhoden wird selbständig, allein, also in primärer Weise zum Schauplatz der chronischen syphilitischen Entzündung; der Hoden selbst aber bleibt vollkommen intakt. Auf die Syphilis des Nebenhodens lenkte nur DROU die Aufmerksamkeit der Spezialisten. Die syphilitische Nebenhodenentzündung ist sozusagen immer schmerzlos, sie greift in erster Reihe den Kopf des Nebenhodens an und kommt beinahe ohne Ausnahme in der frühzeitigsten Periode der Syphilis vor. Zwischen der Entstehung der primären Affektion und der Entwicklung der syphilitischen Nebenhodenentzündung vergehen $3^1/_2$ Monate. Das selbständige syphilitische Leiden des Nebenhodens, die tertiäre Form, ist bedeutend seltener als die diffuse syphilitische Form, die man wieder als sekundäre Erscheinung auffassen muß (FOURNIER). Sie kommt in der späteren Periode der Syphilis vor und tritt gewöhnlich einseitig auf. Die typische Form ist aber der mit der diffusen Verdickung einhergehende

Digitized by Google

Prozeß. Diese Form ist ein sehr frühzeitiges Symptom und kommt sozusagen ohne Ausnahme auf beiden Seiten vor. Verfasser beobachtete drei Fälle: 1. Ein 23jähriger Student litt niemals an Blennorrhöe. Syphilitische Infektion im Nov. 1909. Im Januar 1910 allgemeine Symptome. Er bekam zwölf Sublimatinjektionen. Die Symptome bildeten sich zurück. Im Mai fand Verfasser außer den allgemeinen Drüsenanschwellungen kein anderes Symptom. Die Wassermannsche Reaktion war stark positiv. Beide Nebenhoden, die vom Hoden gut abgesondert werden können, scheinen vergrößert. Die Vergrößerung von einer Fingerstärke ist am Kopfe des Nebenhodens am stärksten, wo sie die Größe einer kleinen Kirsche erreicht. Sie ist beinahe knorpelhart und hat eine ungleichmäßige Oberfläche. Im linken Hoden kann diese harte Verdickung nur am Kopfe gefühlt werden und ist haselnußgroß. Auch auf Druck ist sie nicht empfindlicher als im normalen Zustande. Die beiden Hoden sind vollkommen intakt, ebenso die beiden Vasa deferentia. Tuberkulose ist ausgeschlossen. Auch von einem Trauma weiß Patient nichts. Energische Schmierkur. Die spurlos verschwundene Geschwulst der beiden Nebenhoden rezidivierte bisher nicht; sonstige Rezidive (Rachen- und Lippenplaques) stellten sich ein. 2. Ein 29jähriger Privatbeamter bekam einen Monat nach der Infektion (1909) einen allgemeinen Ausschlag. Auf den unteren Gliedmaßen waren Narben sichtbar. Im ersten halben Jahr bekam Patient 100 Schmiertouren. Verfasser sah den Patienten im April 1910. Die Drüsen waren nur in geringem Maße vergrößert. Der linke Nebenhoden war bis zu einer Fingerstärke vergrößert, knorpelhart und hatte eine ungleichmäßige Oberfläche. Auf Druck war er kaum schmerzhaft. Nur der Kopf und der Rumpfteil des rechten Nebenhodens war gedunsen. Beide Nieren waren gesund. Die Wassermannsche Reaktion war ausgeprägt positiv. Vor Jahren überstand Patient eine Blennorrhöe, aber Spuren davon sind nicht zu finden. Nebenhodenentzündung hatte er nicht. Auf Tuberkulose bestand kein Verdacht. Nach energischer antiluetischer Behandlung ging der linke Nebenhoden auffallend rasch zurück. Die rechtsseitige Hodenentzündung verlief sich nach Jodkur. Im Frühling 1911 rezidivierte die linksseitige Nebenhodenentzündung. Nach energischer Quecksilber- und Jodkur ging der Prozeß wieder zurück. Nur eine kleine Resistenz blieb zurück. 3. Ein 25jähriger Schmied wurde im Herbst 1910 infiziert. Blennorrhöe hatte er angeblich niemals gehabt. Bei seiner Aufnahme hatte er Roseolen und starke Polyadenitis. Hoden intakt. Beide Nebenhoden gedunsen, knorpelhart, haben eine ungleichmäßige Oberfläche und sind vollkommen schmerzlos; sie sind etwa einen Finger stark. Schmier- und Jodkur hatten Erfolg. Symptome sind gewöhnlich: der Nebenhoden ist konsistent infiltriert. Diese Vergrößerung pflegt sich ohne Schmerz, latent, in Form einer chronischen Entzündung einzustellen. Blennorrhoische Epididymitis tritt mit heftigeren Symptomen auf. Das Leiden entwickelt sich beinahe ohne Ausnahme auf beiden Seiten. Es pflegt latent zu entstehen, so daß es erst der Arzt wahrnimmt, weil es ganz ohne Schmerzen auftritt. Das indolente, unbemerkte Auftreten ist charakteristisch und weicht von der gummösen Form ab, die mit Fieber und Schmerzen auftritt und sich nur auf einen Nebenhoden erstreckt. Das Leiden pflegt nur in einer späteren Periode der Syphilis aufzutreten. Auch der gummöse Prozeß entsteht wie die anderen späten Symptome nach den ersten zwei Jahren. Die Lehrbücher berühren diese Frage nur flüchtig. Da die diffuse Nebenhodenentzündung ein frühzeitiges syphilitisches Symptom ist, ist es natürlich, daß sie mit gewöhnlichen sekundären Symptomen kompliziert ist. Reine Fälle sind jene, in denen die Patienten niemals Blennorrhöe hatten. Eine antiluetische Kur entscheidet die Frage bald pro oder kontra. Blennorrhoische Epididymitis kann die Syphilis des Nebenhodens nicht ausschließen, sie kann sogar eine gewisse Prädisposition schaffen. Nach früh- und rechtzeitig vorgenommenen Kuren heilen die Fälle. Wenn

Digitized by Google

die Infiltration lange besteht, so ist eine Heilung wegen des narbigen, faserigen Bindegewebes vergeblich und der Aktionsmangel des Organs tritt ein. Impotentia generandi kann leicht auftreten. In dieser Hinsicht ist der Nebenhoden ein viel heikleres Organ als der Hoden, weil partielle Destruktionen und Vernarbungen des Hodens nicht unbedingt mit der Gefahr einer Impotentia generandi einhergehen. Porosz-Budapest.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Indikationsstellung der Paraffininjektion bei Gesichtsdeformitäten, von Kapp-Berlin. (Allg. med. Ztrl.-Ztg., 1912, Nr. 14.) Die Dislokation des Paraffindepots kommt nur bei hartem Paraffin vor. Man beugt ihr vor, wenn man nur solches von 42—43° Schmelzpunkt nimmt. Die Partie unter den Augen muß gemieden werden, weil da größere Venenplexus liegen, deren Kompression Schwellungen zur Folge haben. Embolien kommen nicht mehr vor, seitdem das Paraffin nicht mehr flüssig injiziert wird. Teleangiektasien kommen in 10% zum Vorschein.

Während viele Chirurgen die Methode ablehnen, redet ihr Verfasser sehr das Wort, wegen der ästhetischen Wirkung und der psychischen Entlastung von Leuten, welche unter ihren kosmetischen Mängeln leiden. Werther-Dresden.

Künstliche und medikamentöse Sera, von Fleig-Montpillon. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 23.) Gegenüber der allgemein gebrauchten physiologischen 9‰igen Kochsalzlösung hebt F. hervor, daß die nicht chlorhaltigen Zuckerlösungen, isotonisch oder hypertonisch, als künstliche Sera eine Anzahl Vorteile haben, welche ihre Anwendung in vielen klinischen Fällen empfehlen. Sie sind die wenigst toxischen unter allen künstlichen Seris. Das isotonische Glykoseserum z. B. (reine krystallisierte Glykose 47 g, destilliertes Wasser 1000 g) ist weniger toxisch als selbst die Kochsalzlösung. Seine diuretische Wirkung ist größer und doch die Nierenarbeit dabei geringer. Die Glykose wird im Muskel assimiliert und unter der Form von Wasser und CO_2 ausgeschieden. Die Anwendung und Dosis ist wie bei der NaCl-Lösung subkutan oder intravenös. Die diuretische Wirkung kann bei Ödem und bei Chlorretention benutzt werden. Sie wirkt nebenbei kardiotonisch, da die Glykose den Herzmuskel nährt. Die hypertonische Lösung (300 : 1000) wirkt noch stärker diuretisch; die isotonische wirkt auswaschend, diese jedoch entwässernd, indem es aus den Geweben das Wasser ins Blut zieht zum Ausgleich der molekulären Überkonzentration. Damit geht eine Entsalzung Hand in Hand. Die intravenöse Infusion des hypertonischen Glykoseserums geschieht in Dosen von 500—750 ccm (bis 1500 pro Tag) und ist indiziert, z. B. bei toxischinfektiösen Anurien der Oligurien, bei den Azidosen, Eklampsie, Chlorretention, bei Vergiftung mit Morphium und Anästhetizis.

Das isotonische Glykoseserum dient dem Verfasser auch als Rezipient für verschiedene intravenös zu gebende Medikamente, z. B. Bromkalium, Thubromin, Koffein, Diuretin. Das Wasser ist stets sofort nach der Destillation zu sterilisieren. Werther-Dresden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. September 1912 | Nr. 36 | Band 55

Aus der dermatologischen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik „Umberto I“ in Turin (Vorstand: Doz. Dr. G. Piccardi).

Erythema elevatum et diutinum.

Von

Dozent Dr. Gerolamo Piccardi.

(Mit 3 Abbildungen.)

(Übersetzt von Dr. K. Rühl, Oberassistent der Abteilung.)

In neuerer Zeit wurden verschiedene Fälle eigenartiger Dermatosen in die Literatur eingeführt, welche zwar ihrer rheumatischen Ätiologie, dem Auftreten und dem anfänglichen Aussehen der Elemente nach eine gewisse Verwandtschaft mit dem Erythema polymorphe aufweisen, aber von diesem durch den chronischen Verlauf oder den rezidivierenden Charakter der Eruption und eine größere Beständigkeit der Läsionen, welche ausgesprochenere entzündliche Charaktere und eine sozusagen neoplastische Infiltration aufweisen, abweichen.

Von diesen etwas unbestimmten Formen, welche mit dem generellen Namen chronische Erytheme oder hartnäckige Erytheme belegt wurden, und von denen viele als einzigen Differentialcharakter gegenüber dem Erythema polymorphe die Chronizität des Verlaufes aufweisen, wurde nach und nach ein besonderer Typus abgesondert, welcher in den bisher beobachteten Fällen mit einem Komplex von ziemlich konstanten, ihn genügend charakterisierenden Symptomen einherging, so daß er als selbständige Krankheitsform hingestellt werden kann.

Die ersten Beschreibungen dieser Dermatose stammen von Middleson (1887) und Burry (1889); es gebührt aber R. Crocker und William das Verdienst, sie unter der Bezeichnung Erythema elevatum et diutinum als selbständige Krankheit unterschieden und ihre klinischen und histologischen Charaktere festgestellt zu haben. Über ähnliche Beobachtungen berichtete dann Smith, und Audry reiht in einer sorgfältigen Studie das Erythema elevatum et diutinum als Erythématosclérose pseudo-cheloidienne unter die chronischen Erytheme.

Gleichzeitig wurde durch Colcott Foxs Beschreibung (1895) einer als Ringed eruption bezeichneten, im wesentlichen durch kleine ringförmige erhabene Plaques charakterisierten Affektion der Finger die Aufmerksamkeit auf Fälle gelenkt, denen eigentlich nur die objektiven Charaktere der Eruption gemeinsam waren, während in bezug auf die Ur-

Digitized by Google

sachen der Affektion und häufig auch hinsichtlich der histologischen Beschaffenheit eine Verschiedenheit vorlag. Aus den verschiedenen Benennungen erhellt die unsichere Deutung der Natur des Leidens oder die durchaus subjektive und hypothetische Auffassung der einzelnen Autoren

So spricht Dubreuilh, indem er sich begnügt, in der Namengebung das klinische Bild hervorzukehren, von Eruption circinée chronique de la main, Galloway von Lichen anularis und Radcliffe Crocker von Granuloma anulare, welch letztere Benennung ziemlich allgemein geworden ist. Rasch und Gregersen sowie Galewsky bezeichnen ihre Fälle als Tumores sarcoidei benigni, Audry wiederum als Sclérose circinée des doigts.

Diese eigentlich wenig einheitlichen Beobachtungen wurden, sei es wegen der Ähnlichkeit der Läsionen, sei es infolge des Sitzes auf Hand- und Fingerrücken, sei es wegen des chronischen Verlaufs, dem Erythema elevatum et diutinum an die Seite gestellt. Obwohl R. Crocker und Audry sich von Anfang an gegen diese Auffassung wendeten und die Verschiedenheit der beiden Formen hervorhoben, wurden diese Krankheitsbilder dennoch in der Folge zusammengeworfen, so daß die Namen Erythema elevatum et diutinum und Granuloma anulare vielfach als Synonyme angesehen werden. So kann sich Graham Little in einer kritischen Zusammenfassung nicht recht entschließen, die beiden Dermatosen als verschiedene Krankheitsformen zu betrachten, und in der letzten Arbeit über diesen Gegenstand gebraucht Zweig beide Namen als Synonyme.

Von den zahlreichen neueren Arbeiten (Halle, Cappelli, Zweig, Vignolo-Lutati u. a.) und in welchen bald die eine, bald die andere Bezeichnung den Titel bildet, ist jedenfalls die von Dalla Favera die wichtigste. Er hatte Gelegenheit, drei Fälle zu beobachten, von denen zwei eine große Ähnlichkeit mit dem Erythema multiforme hatten und mit dem Erythema elevatum et diutinum identifiziert werden konnten, während der dritte klinisch und anatomisch dem Granuloma anulare entsprach.

Dalla Favera ließ die Frage offen, ob beide nur einfache Varietäten einer und derselben nosologischen Entität oder verschiedene Krankheitsarten seien, und er beschränkte sich darauf, die klinischen und anatomischen Unterschiede beider Formen, für welche er die verschiedene Benennung beibehielt, hervorzuheben.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Hauptfrage, d. h. die nach der Identität oder Nichtidentität der beiden Symptomenkomplexe, ebenso wie andere klinische und anatomische Fragen noch ungelöst sind. Erst wenn noch mehr Beobachtungen vorliegen werden, wird eine sichere Bestimmung und Klassifikation dieser Dermatosen möglich sein.

Es verlohnt sich daher, über einen von mir klinisch und histologisch untersuchten und bis zur vollständigen Abheilung verfolgten Fall zu berichten.

R. B., 20 Jahre alt, Gemüsegärtner, aus Carmagnola. Nichts Nennenswertes in der hereditären Anamnese. Machte keine wichtigen Krankheiten durch. Keine Geschlechtskrankheiten; hatte überhaupt nie geschlechtlichen Verkehr; trinkt und raucht nicht übermäßig. Infolge seines Berufes kommen Füße und Hände oft mit Wasser in Berührung.

Digitized by Google

Vor ungefähr einem Jahre wurde P. unter dem Einflusse rheumatisierender Momente (er stieg in einen Brunnen herab und hielt sich dort mehrere Stunden auf) von einer schmerzhaften Anschwellung der Knie, der Beine und der Füße heimgesucht; die Schmerzen waren besonders während des Tages heftig, während sie in der Nacht bei Bettruhe fast bis zum Verschwinden sich abschwächten.

Zu dieser Zeit trat eine Hauteruption auf, welche erst das Skrotum, die Glans penis und die Handrücken und in kurzem die Ellbogen, die Knie, die Füße und schließlich in minder intensiver Art die Wangen und die Ohrmuscheln befiel. Die Läsionen bestanden in weißlichen, breiten, harten, abgeflachten Papeln, welche eine Tendenz zu rascher Modifizierung zeigten; sie flachten sich gewöhnlich während der Nacht ab oder verschwanden ohne weiteres, während an denselben Stellen neue auftraten. Die Effloreszenzen an den Händen waren von einem brennenden Gefühl begleitet, welches sich gegen Abend steigerte.

Status praesens (6. IV. 1910). Schmächtiger, etwas blasser Mann; regelmäßiger Skelettbau; spärliches subkutanes Fettpolster; spärliche Entwicklung der Muskeln. Keine Läsion der inneren Organe; Sinnesorgane normal. Die Hautaffektion ist fast vollständig symmetrisch verteilt und vorwiegend auf der Streckfläche der Ellbogen und Knie, auf den Fußrücken, den Malleol. ext., der Achillessehne und besonders auf dem Hand- und Fingerrücken lokalisiert. Man trifft auch einzelne Elemente auf den Wangen, den Ohrmuscheln und an den Genitalien an.

Fig. 1.

Die Eruption besteht vorwiegend aus weißrosigen, glänzenden, flachen, linsen- bis westenknopfgroßen Papeln mit fibröser, fast schwieliger oder knorpeliger Konsistenz und keloidartigem Aussehen. Auf den Backen und Ohren beobachtet man kleine rosige Papeln, welche an die Ortikariaquaddeln erinnern. Auf der Eichel besteht eine rundliche, im Zentrum eingesunkene Effloreszenz mit erhabenem, aus kleinen Bläschen mit gelblichem, serösem Inhalte gebildeten Rande.

An Hand- und Fingerrücken, wo die Elemente am typischsten sind, haben die isolierten, stecknadelkopf- bis westenknopfgroßen Papeln meist runde oder polygonale Form; die kleineren sind halbkugelig emporgewölbt, die größeren hingegen im Zentrum abgeflacht. Die kleineren sind rosig, glänzend, mit etwas harter Oberfläche ohne Desquamation; die größeren haben eine warzenähnliche Konsistenz und sind mit kleinen Schuppen bedeckt, welche nur schwer mit dem Fingernagel losgelöst werden können. Durch das Zusammenfließen dieser Elemente entstehen erhabene, einige Millimeter hohe, warzenartig harte, im Zentrum abgeflachte Effloreszenzen mit polyzyklischen Rändern und weißlicher Oberfläche mit keratotischem Aussehen, bedeckt von dünnen festhaftenden Schuppen und durchzogen von außergewöhnlich tiefen Hautfurchen, welche eine sehr deutliche Quadrillierung bilden. In einzelnen Effloreszenzen beobachtet man zuweilen kleine punktförmige Blutergüsse. Die Läsionen sind in der erwähnten Gegend auf dem Radiokarpalgelenk (entsprechend dem radialen und ulnaren Gelenkkopfe), auf dem Handrücken nach dem Ulnarrand der Hand zu, wo eine längliche Effloreszenz sich oben mit einer solchen des Radiokarpalgelenks und unten mit einer des Kleinfingerrückens vereinigt, und auf dem Rücken der Finger lokalisiert, welche durchweg besetzt sind.

Die Papeln und Effloreszenzen sind Sitz eines heftig brennenden Gefühls, das sich unter der Wirkung der Kälte steigert.

Man bekommt im allgemeinen den Eindruck, als ob die Eruption besonders die

Digitized by Google

Gegenden bevorzugte, welche am meisten mit Knochen- oder Sehnenoberflächen in Berührung stehen. Am auffallendsten ist die Tatsache, daß diese Läsionen mit sozusagen keloidartigem Aussehen sich während der Nacht, entweder unter dem Einflusse der Ruhe oder der Bettwärme, bedeutend abflachen.

Unter der Wirkung der von mir eingeleiteten Arsenkur (Fowlers Lösung, 10 bis 30 Tropfen täglich) erfuhr die Eruption eine rasche Umwandlung. Zuerst trat Abflachung aller Elemente ein, auf welche im Laufe von weniger als zwei Monaten ihr völliges Verschwinden folgte. An Stelle der früheren Läsionen blieben zuerst lividrote oder pigmentierte Flecken zurück, welche jedoch allmählich verschwanden. Während der Behandlung erfolgte zuweilen eine neue Eruption von Elementen an derselben Stelle der alten; die neuen Läsionen hatten jedoch geringere Intensität und Dauer.

Die Blutuntersuchung ergab:

Hämoglobingehalt	75—80
rote Blutkörperchen	5 750 000
weiße „	5 300

Leukozytenformel:

neutrophile Polynukleierte	52
eosinophile „	8
kleine und mittlere Lymphozyten	13
große Uninukleierte	27
	100

Harnbefund. Gelber, trüber, alkalisch reagierender Urin; spez. Gew. 1,027; kein Eiweiß; kein Zucker; minimale Spuren von Urobilin; Indikanreaktion stark positiv; keine Gallenpigmente; Chloride 10,56‰; Harnstoff 9,6‰.

Die Einspritzung von 0,0005 g trockenen Tuberkulins rief keine Reaktion hervor.

Die aus dem Blute des Pat. und aus Stücken exzidierter Effloreszenzen angelegten Kulturen auf gewöhnlichen Nährsubstraten fielen negativ aus; ebenso blieb die Einimpfung von Stücken in das Peritoneum von vier und unter die Haut von zwei Meerschweinchen ohne Resultat.

Histologische Untersuchung: Zu diesem Zwecke wurde eine rundliche hemisphärische Papel mit leicht abgeflachter, glänzender, etwas abschuppender Oberfläche aus dem Rücken der rechten Hand exzidiert, in Alkohol und in Zenkerscher Flüssigkeit fixiert und nach den verschiedenen Methoden gefärbt.

In den Schnitten beobachtet man in erster Linie eine bedeutende gleichmäßige Verdickung der Epidermis, an welcher die Hornschicht, die Körnerschicht und die filamentöse Schicht beteiligt sind. Die Hornschicht ist gleichmäßig, kompakt und auf das Doppelte oder Dreifache der Norm verdickt; keine Spur von Kernen. Die granulöse Schicht ist ebenfalls verdickt und besteht aus 4—5 Reihen von keratohyalinreichen Zellen. Die Verdickung der filamentösen Schicht ist sowohl durch die interpapillaren Ausläufer wie durch das Papillendach bedingt. Es entsteht somit eine Abflachung der äußeren Oberfläche der Epidermis mit der Folge, daß die Hautfurchen im Vergleich zum umgebenden normalen Gewebe weniger deutlich markiert sind. Die Fadenzellen weisen keine Alterationen auf; nur bei einzelnen beobachtet man die gewöhnliche kavitäre Alteration, jedoch in sehr beschränktem Grade. Zwischen den Zellen dieser Schicht beobachtet man weder Exsudation noch Diapedesin.

Die Basalschicht ist normal.

Alles in allem, die Epidermis ist der Sitz einer bedeutenden Akanthosis und Hyperkeratosis.

Im Derma beobachtet man eine Verlängerung und Erweiterung der reichlich vaskularisierten Papillen. An den Stellen, wo die Alteration

Digitized by Google

am schwersten ist, beteiligen sich diese am Infiltrationsprozeß, welcher jedoch in der oberflächlichen Lage des Dermas immer am intensivsten ist. Hier trifft man die Alteration, welche ich für die wichtigste und wesentlichste halte, d. h. eine diffuse und kompakte Infiltration, welche sich auf das oberflächliche Netzwerk beschränkt und vorzugsweise rings um die Gefäße ihren Sitz hat und um dieselben dichte Zellmuffen bildet. Die Infiltrationselemente bestehen vorwiegend aus multinukleierten Leukozyten und aus zahlreichen Chromatinkörnchen, welche offenbar aus dem Zerfall der Kerne der Multinukleierten herstammen. Die uninukleierten Leukozyten sind spärlich vertreten; Plasmazellen und Mastzellen sind

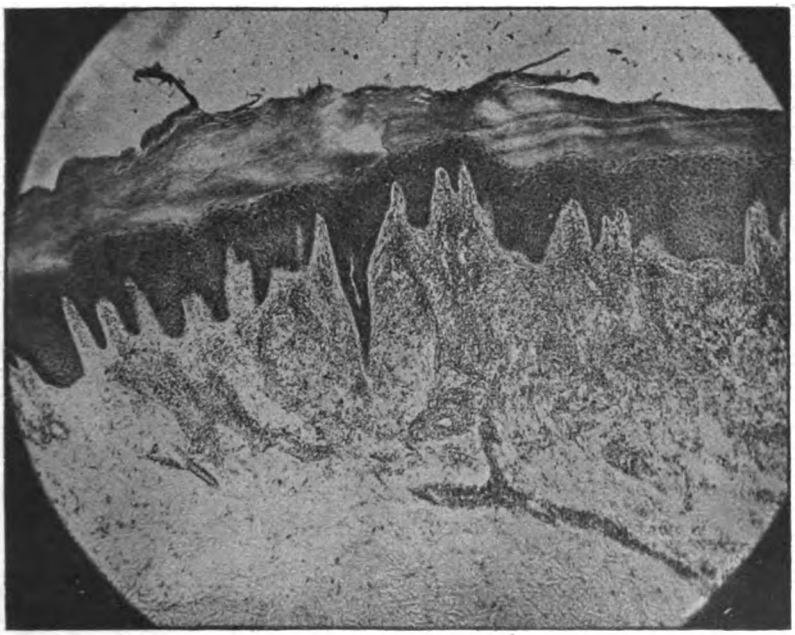


Fig. 2.

nicht nachweisbar. Die fixen Zellen des Bindegewebes, welche an den Stellen der stärksten Infiltration fehlen, sind an der Peripherie des Entzündungsherdes vermehrt und spindelförmig.

In den Bindegewebsbündeln der infiltrierten Punkte konnte ich keine Alteration beobachten; dagegen konstatierte ich (wie bereits Audry) einen vollständigen Schwund der elastischen Fasern, von denen nur noch einzelne Spuren in den Papillen nachweisbar waren.

An den Gefäßen des oberflächlichen Netzwerkes und an den papillären Gefäßen ist die perivaskuläre Infiltrierung, wie gesagt, am intensivsten; sie greift hier auch auf die Gefäßwände über, erreicht aber nicht das Gefäßlumen. Eine schwere Alteration der Endothelien, welche eine Endarteriitis obliterans erzeugen könnte, ist nicht vorhanden. Ebenso konnte ich weder im Entzündungsherde noch in seiner Umgebung eine

Digitized by Google

Gefäßneubildung nachweisen. Daß das Gewebe gefäßreich erscheint, das hängt von einer Erweiterung der präexistierenden Gewebe und von ihrer Infiltration ab, welche sie deutlicher hervortreten läßt. Die Follikel der dünnen Lanugohaare sind, ebenso wie das Knäuel und der Ausführungsgang der Schweißdrüsen normal; Talgdrüsen sind nicht vorhanden.

Im Derma besteht also die Hautläsion in einer vorwiegend perivaskulären Zellinfiltration der oberflächlichen und der Papillarschicht, welche wegen des Vorwiegens der Multinukleierten einen akuten Entzündungsprozeß darstellt.

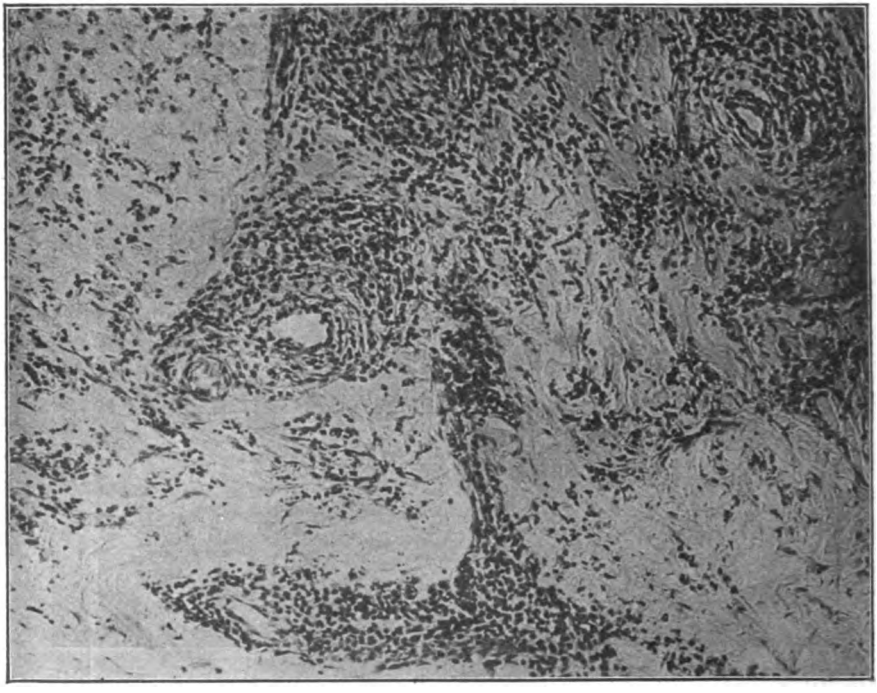


Fig. 3.

Bei meinem Befunde kann von einer fibrösen Entartung des Bindegewebes, wie sie von Audry beobachtet wurde, nicht die Rede sein.

Die von mir beschriebene Affektion entspricht genau einem von Audry als Erythematosklerose beschriebenen Falle und den beiden Fällen Dalla Faveras, für welche dieser Autor die Benennung Erythema elevatum et diutinum beibehält.

Auch meines Erachtens genügt die bedeutende klinische Ähnlichkeit dieser Krankheitsform mit den gewöhnlichen polymorphen Erythemata, um den Namen Erythem beibehalten zu können, wobei dieser nachgerade durch den Gebrauch gerechtfertigte Name nur auf das besondere

Digitized by Google

klinische Bild hinweisen soll, einerlei ob er in morphologischer und histologischer Hinsicht zutreffend ist oder nicht.

Wir treffen in der Tat bei Erythema elevatum et diutinum wie beim Erythema polymorphe folgende gemeinsame Charaktere an: den rheumatischen ätiologischen Faktor, das brüske Auftreten und die symmetrische Verteilung der Läsionen und ihre vorzugsweise Lokalisation an den Streckflächen der Extremitäten und schließlich, wenigstens während des Anfangsstadiums, die objektive erythematovesikulöse und papulohämorrhagische Gestaltung der Elemente. Auch die Begleiterscheinungen, wie die Gelenkschwellung, das Unwohlsein und die Abgeschlagenheit, sind den beiden Dermatosen gemein. Dagegen unterscheidet sich unsere Form vom Erythema polymorphe durch die Persistenz der Elemente, ihre lange Dauer und die besondere Gestalt, welche sie annehmen, indem sie sich in harte, keloidartig aussehende, deutlich umschriebene und mit einer hyperkeratotischen Epidermis bekleidete Papeln umwandeln.

Diese Eigentümlichkeiten, auf welche die Bezeichnung elevatum et diutinum genügend hinweist, genügen meines Erachtens, um die Dermatose zu individualisieren und ihr die Eigenschaften eines klinisch bestimmten und konstanten Krankheitsbildes zu verleihen, welches nach den verschiedenen beschriebenen Beobachtungen Anspruch auf eine selbständige nosologische Entität erheben kann.

Andererseits geht die Verwandtschaft mit dem Erythema polymorphe nicht nur aus den erwähnten klinischen Erscheinungen, sondern auch aus der histologischen Struktur hervor, welche nicht so sehr auf einen chronischen Entzündungsprozeß, wie man aus der langen Dauer der Eruptionen vielleicht schließen könnte, als vielmehr auf einen Komplex rezidivierender, an ein und derselben Stelle durch Nachschübe sich wiederholender akuter entzündlicher Alterationen hindeutet.

In histologischer Beziehung stimmt mein Fall mit denen von DALLA FAVERA vollständig überein, während er von dem AUDRYS darin abweicht, daß ich in meinen Schnitten nie jene Dermasklerose nachweisen konnte, auf welche dieser Autor die Bezeichnung Erythematosklerose stützt. Es liegt deshalb, wie auch DALLA FAVERA hervorhob, die Annahme nahe, daß die von AUDRY untersuchten Elemente sich in einem Stadium von fibröser Rückbildung befanden, obgleich wir in meinem Fall sehen, daß die Läsionen verschwinden, ohne, wenigstens klinisch Spuren, von diesem regressiven Prozeß zu hinterlassen. Das klinische Bild und die histologische Struktur der Läsion genügen meines Erachtens vollständig, um das Erythema elevatum et diutinum vom Granuloma anulare CROCKERS zu unterscheiden. Bei diesem tritt die Eruption langsam auf; es handelt sich oft um eine einzige oder es entstehen mehrere unregelmäßig und

Digitized by Google

asymmetrisch zerstreute, meistens auf eine einzige Oberextremität beschränkte Läsionen. Dieselben haben eine ausgesprochenere fibröse und keloidartige Gestalt und Konsistenz; es fehlt jede Spur von Bläschenbildung und von Blutung. Die Läsionen haben eine deutlichere ringförmige oder zirzinierte Gestaltung, infolge einer Einsenkung des zentralen Teiles des Elementes, welches auch einen dauerhafteren Charakter hat und nicht die raschen Umwandlungen erfährt, wie das Erythema elevatum et diutinum, sondern chronischer verläuft und bei seiner Resorption dünne Streifen von weißlichvioletter Haut mit narbigem Aussehen (Cappelli) hinterlassen kann. Die Eruption ist nicht von subjektiven Erscheinungen, von rheumatismusähnlichen Gelenkbeschwerden begleitet, wie das Erythema elevatum et diutinum.

Die histologische Untersuchung ergab — die Befunde der Autoren stimmen zwar nicht miteinander überein — in der Mehrzahl der Fälle von Granuloma anulare den Befund eines jungen Bindegewebes vom Typus des Granulationsgewebes, welches in den zentralen Teilen einer Nekrose anheimfällt und die mittleren und tiefen Teile des retikulären Dermas okkupiert (Dalla Favera). Diese Struktur, welche sich nach mehreren Autoren (Rasch und Gregersen, Galewsky) derjenigen des Boeckschen Sarkoids nähert, weicht offenbar, ebenso wie die in einem Falle von Vignolo-Lutati beobachtete chronische Entzündung vom sklerotischen Typus, scharf von derjenigen des Erythema elevatum et diutinum ab, welches die Charaktere eines rezidivierenden, akuten, entzündlichen Prozesses besitzt.

Was die Ätiologie der Affektion anbelangt, so können wir nur das konstante Vorkommen rheumatischer Einflüsse in allen beobachteten Fällen hervorheben, ohne angeben zu können, wie dieser Faktor die kutanen Manifestationen zustande bringt. Wenn wir jedoch bedenken, daß sich der entzündliche Prozeß besonders in der Umgebung der Gefäße abspielt und daß das Infiltrat fast ausschließlich aus von den Gefäßen ausgetretenen Elementen besteht, so drängt sich uns die Vermutung auf, daß die Läsionen einen hämatogenen Ursprung haben, sei es, daß sie mit toxischen oder mit infektiösen Agentien zusammenhängen, welche unsere Untersuchungen nicht zutage fördern konnten.

Das Ausbleiben der Tuberkulinreaktion und der negative Ausfall der Meerschweinchenimpfungen lassen uns die tuberkulöse Natur der Läsion ausschließen, wie sie von einigen Autoren für das Crockersche Granuloma anulare gemacht wurde.

In therapeutischer Beziehung möchte ich die Wirksamkeit der Arsenkur hervorheben, welche in weniger als zwei Monaten die seit mehr als einem Jahr bestehenden Herde zum Verschwinden brachte.

Digitized by Google

Ähnliche Resultate mit Arsen erzielte Cappelli in einem Fall von Granuloma anulare. Dieser bei beiden Affektionen konstatierte günstige therapeutische Einfluß des Arsens legt die Annahme nahe, daß die beiden Dermatosen, die, wie gesagt, in klinischer und histologischer Beziehung auseinander zu halten sind, eine Verwandtschaft in bezug auf ihren Ursprung haben.

Literatur.

Adamson, H. G., Case of nodular ringed eruption. Royal Soc. of Med. Brit. Journ. of Derm., 1908, Bd. 20, S. 189. — Arndt, G., Zur Kenntnis des Granuloma anulare (R. Crocker). Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108. — Audry, Ch., Des érythémato-scléroses et particulièrement de l'érythemato-sclérose pemphigoide. Ann. de Derm. et de syph., 1904, Bd. 5, S. 1. — Brocq, L., Traité élém. de Derm. prat., 1907, Bd. 2, S. 275. — Brocq, Lenglet und Boisseau, Néoplasie circinée et nodulaire des extrémités. Soc. Franç. de Derm. Ann. de Derm. et de syph., 1904, Bd. 5, S. 1089. — Capelli, J., Contributo allo studio del granuloma annulare. Giorn. ital. delle mal. vener., 1909. — Cooper, Perry und Sichel, G., Case for diagnosis. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1905, Bd. 18, S. 61. — Crocker, R., und Williams, C., Erythema elevatum diutinum. Brit. Journ. of Derm., 1894, S. 1. — Crocker, R., Erythema elevatum diutinum. Brit. Journ. of Derm., 1894, S. 148. — Crocker, R., Erythema elevatum diutinum. Derm. Soc. of. London. Brit. Journ. of Derm., 1894, S. 335. — Crocker, R., Granuloma annulare. Brit. Journ. of Derm., 1902, Bd. 14, S. 1. — Crocker, R., Diseases of the skin., 1905, Bd. 1, S. 104 u. Bd. 2, S. 1015. — Dawson, G. W., Case of ringed eruption. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1905, Bd. 17, S. 61. — Davis Haldin, Granuloma annulare. Derm. Soc. of London, 17. Februar 1910. — Dalla Favera, Beiträge zum Studium des sog. Granuloma annulare (R. Crocker). Soc. ital. di derm., Riunione 1908. Derm. Ztschr., 1908, Bd. 16. — Dalla Favera, Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare. XI Riunione Soc. ital. di derm., 1909. Derm. Ztschr., 1910, Bd. 17. — Dubreuilh, Sur un cas d'éruption circinée de la main. Ann. de Derm. et de syph., 1895, Bd. 6, S. 355. — Dubreuilh, Néoplasie nodulaire et circinée des extrémités. Soc. Franç. de Derm. Ann. de Derm. et de syph., 1905, Bd. 6, S. 65. — Finger, Granuloma annulare. Wiener Derm. Ges., 21. Febr. 1909. Arch. f. Derm., Juni 1909, S. 346. — Fox, C., Ringed eruption on the fingers. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of. Derm., 1895, S. 91. — Fox, C., Ringed nodular eruption in an infant. Brit. Journ. of Derm., 1896, S. 15. — Fox, C., Case of granuloma annulare. Proceedings of the Royal Soc. of Med., London, Dermat. Sect., 16. Juni 1910, S. 104. — Galewsky, Fall von benigner Sarkoidgeschwulst der Haut. Iconogr. Derm., Bd. 3. — Galloway, Lichen annularis: a „ringed eruption" of the extremities. Brit. Journ. of Derm., 1899, Bd. 11, S. 221. — Graham Little, E. G., Case of ringed eruption. Derm Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1905, Bd. 17, S. 16. — Graham Little, E. G., Case of Granuloma annulare. Derm. Sect. of Great Brit. and Ireland. Brit. Journ. of Derm., 1906, Bd. 18, S. 117. — Graham Little, Case of ringed eruption. Derm. Sect. of Royal Soc. of Med. Brit. Journ. of Derm., 1908, Bd. 20, S. 82. — Graham Little, Granuloma annulare. Brit. Journ. of Derm., 1908. — Graham Little, Case of granuloma annulare. P. S. of L., Derm. Sect., 17. Nov. 1910, S. 24. — Greco, Granuloma anular. Erupcion nodular y circinada de las extremidades. Ringed eruption. Erupcion papulosa anular a degeneracion hialinogranulosa. Casos de Observacion (de Argentina Medica), Buenos-Aires, 1909, S. 339. — Halle, A., Erythema elevatum diu-

Digitized by Google

tinum. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 60. — Hartzell, Granuloma annulare. Philadelphia Derm. Soc., 13. Dez. 1909. Journ. of cutan. dis., Juni 1910, S. 302. — Kreibich, Über Granulome. Arch. f. Derm., 1909, S. 121. — Möller, Granuloma annulare dorsi manuum (Crocker). Derm. Gesellsch. Stockholm, 17. Januar 1910. — Morris, Case for diagnosis. Granuloma annulare. Royal Soc. of Med. of London, 17. Juni 1909, S. 149. Brit. Journ. of Derm., 1909, S. 258. — Pellier, Stéréo-phlogose nodulaire et circinée. Ann. de Derm. et de syph., 1910. — Pringle, Case for diagnosis. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1899, Bd. 11, S. 435. — Radcliffe Crocker und Bunch, Case of granuloma annulare? Royal Soc. of. Med. of London, 18. Febr. 1909, S. 86. Brit. Journ. of Derm., 1909, S. 88. — Rasch und Gregersen, Über einen neuen Typus von sarkoiden Geschwülsten der Haut. Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64, S. 337. — Sachs, Wiener derm. Ges., 20. April 1910. — Schamberg, Case of eryth. elev. et diut. Journ. of cutan. dis., 1909, Bd. 27, S. 131. — Savill, Persistent ringed eruption. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1905, Bd. 17, S. 23. — Sequeira, Ringed eruption. Derm. Soc. of London. Brit. Journ. of Derm., 1902, Bd. 14, S. 270. — Smith, Fred., Case of so called erythema elevatum diutinum. Brit. Journ. of Derm., 1894, S. 144. — Stont, Case of erythema elevatum diutinum. Philadelphia Derm. Soc., 24. Nov. 1908. Journ. of cutan. dis., 1909, S. 131. — Wend, Nodular, terminating in a ring eruption (Granuloma annulare). Journ. of cutan. dis., 1909, Bd. 27, S. 388. — Vignolo-Lutati, Beitrag zum Studium des sog. Granuloma annulare (R. Crocker). Derm. Wochenschr., 1912, Bd. 54. — Zweig, L., Über einen Fall von Erythema elev. et diut. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 109.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 113 (Fortsetzung).

35. Über fleckförmigen, völligen Pigmentverlust der Haare, von Huebner-Marburg. Bei einem 15jährigen Schlosser fielen ohne vorhergegangene äußere Verletzung oder psychisches Trauma an einigen umschriebenen Stellen der Kopfhaut die Haare aus, die bald durch völlig farblose weiße ersetzt wurden. Dieser Fall nimmt eine Mittelstellung ein zwischen den rapiden Verlusten auf psychisch-nervöser Basis und den Haarveränderungen nach der Alopecia areata, die wohl auch am ehesten als eine Trophoneurose aufzufassen ist. Die Form des Pigmentdefektes erinnert mehr an die erstere, die Tatsache, daß ein Haarwechsel vorlag, mehr an die letztere. Die Verkleinerung und Verbiegung, man könnte sagen Verkrüppelung der Haarwurzel und die Verdünnung des Haarschaftes, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, lassen trophoneurotische Einflüsse erkennen.

36. Über familiäre hereditäre Seborrhöe, von Lucien Jacquet. Es handelt sich um eine Familie von 13 Personen, Großvater und Vater mütterlicherseits, Vater, Mutter und 9 Kinder, die sämtlich Erscheinungen der Seborrhöe zeigten und sämtlich Schnellesser, Vielesser und Vieltrinker waren. Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich bei der übermäßigen Tätigkeit der Schweiß- und Talgdrüsen um Reizungen, die vom Intestinaltrakt ausgingen. In Bestätigung dieser Ansicht hat er Heilung ohne irgend welche äußere Behandlung, nur durch Diät erreicht.

37. Einige Erfahrungen über lokale Reaktion mit Moroscher Tuberkulinsalbe bei Hauttuberkulose, Tuberkuliden, Syphiliden und Lupus erythematodes, von J. Jadassohn-Bern. J. berichtet über die Resultate der seit einer Reihe von

Digitized by Google

Jahren an seiner Klinik angestellten Versuche mit lokaler Tuberkulinreaktion. Er ist der Meinung, daß positive Befunde im allgemeinen mit großer Wahrscheinlichkeit für die tuberkulöse Natur der Hauterkrankungen sprechen; immerhin muß dabei berücksichtigt werden, daß einzelne Fälle von speziell tuberkuloiden Syphiliden positive Resultate ergeben haben, ohne daß der Nachweis einer tuberkulösen Komponente gelang. Der Lupus erythematodes hat in den bei weitem meisten Fällen auf die lokale Einverleibung ebensowenig reagiert, wie auf die subkutane Applikation.

„Der weitere Aufbau der speziell von Wolff-Eisner zuerst eingehender besprochenen Herdreaktion bei lokaler Einverleibung des Tuberkulins ist theoretisch interessant und praktisch wichtig. Denn wenn die in den Krankheitsherden angestellten Kutireaktionen auch nur annähernd die gleichen Resultate geben wie die subkutanen Injektionen, so sind sie, selbst für diejenigen, welche die Gefahren der diagnostischen subkutanen Tuberkulininjektionen nicht sehr hoch einschätzen, ein Gewinn, weil man die Kutireaktion ohne Bedenken ambulant machen kann. In manchen Fällen können sie auch sehr wohl positive Resultate geben, wenn zu vorsichtig dosierte subkutane Injektionen versagen. Für alle diejenigen aber, welche die von vielen Seiten geäußerten Bedenken gegen die diagnostischen Tuberkulininjektionen teilen, rückt erst durch die lokalen Kutireaktionen das Tuberkulin wieder in die Reihe der diagnostisch verwertbaren Mittel.

Bei Erweiterung und Vertiefung der Erfahrungen, bei Verwendung der für alle diagnostischen Methoden notwendigen Kritik werden die an Hautherden selbst angestellten Tuberkulinreaktionen gewiß für manche Fälle neben Wassermann, histologischer Untersuchung und Tierexperiment brauchbare Resultate zeitigen."

38. Fall von freiwillig akquirierter Syphilis, von L. Jullien. Verfasser berichtet drei interessante Fälle, in denen junge Leute sich nicht abhalten ließen, Mädchen zu heiraten, bzw. mit ihnen Verkehr zu haben, trotzdem ihnen gesagt wurde, daß dieselben syphilitisch seien. Alle drei bekamen auch Syphilis, und Verfasser berichtet kurz ihre Krankengeschichten.

39. Über ein aus weißen Flecken zusammengesetztes Exanthem, von Fritz Juliusberg-Posen. Bei einem 33jährigen Landwirt fand sich ein aus kleinen (stecknadelkopf- bis 5 mm Durchmesser großen) milchweißen, teilweise leicht prominenten, teilweise leicht deprimierten Flecken bestehendes, annähernd symmetrisch angeordnetes Exanthem (welches sich vielleicht an entzündliche Effloreszenzen, die mit Lapislösung betupft wurden, angeschlossen hat), welches makroskopisch im Aussehen seiner Effloreszenzen an die Bilder, die als white spot disease beschrieben sind, erinnern. Histologisch findet sich als einzige Veränderung eine Verdünnung der elastischen Fasern und eine auffallend parallele Anordnung derselben.

40. Über Lichen ruber verrucosus vegetans, von Viktor Klingmüller-Kiel. Die vom Verfasser mitgeteilten zwei Fälle von Lichen ruber beanspruchen allgemeines Interesse wegen der eigentümlichen und absonderlichen Form der Erscheinungen. Der erste Fall war bosonders vielgestaltig; von dem gewöhnlichen Verlauf abweichend, hat er folgende Besonderheiten: 1. den Beginn als nässende ekzemähnliche Dermatose, 2. die Bildung ausgedehnter flächenhafter Licheninfiltrate, 3. das Auftreten von Akkuminatuseffloreszenzen, 4. die ausgesprochene Beteiligung von Handtellern, Fußsohlen und Nägeln, 5. die Umwandlung in außerordentlich massige verruköse Infiltrate und 6. das Rezidivieren in verschiedenen Formen (Polymorphie).

Auch der zweite Fall begann mit einem nässenden Ausschlag, zeigte zu gleicher Zeit aber ausgedehnte Blasenbildung; dazu kamen im weiteren Verlauf flächenhafte Licheninfiltrate, die ausgesprochene Beteiligung von Handtellern und Fußsohlen und die Umwandlung in verruköse Infiltrate.

Digitized by Google

41. Zur Wirkung des ultravioletten Lichtes auf intrazelluläre Fermente, von C. KREIBICH-Prag. K. hat auf Objektträger aufgestrichenen Blennorrhöeeiter mit der Quarzlampe bestrahlt, um Untersuchungen anzustellen über die Oxydasen- und Peroxydasen- und Katalasenreaktion. Er hat gefunden, daß die Katalase im Eiterausstrich sich gegen ultraviolettes Licht etwas resistenter verhält als die Oxydase und Peroxydase. Verfasser macht nähere Angaben, in welcher Weise er die Oxydasen und die Katalasen nachgewiesen hat.

42. Das Syphilisdiagnostikum von DUNGERN, von KRULLE-Brandenburg a. H. Auf Grund seiner Untersuchungen auf der Korpsstation für Geschlechtskranke des III. Armeekorps im Garnisonslazarett Brandenburg a. H., die er in den letzten Jahren an 155 Fällen gemacht hat, ist Verfasser der Überzeugung, daß die von DUNGERNsche Reaktion gut verwendbar und bestimmte Resultate gibt.

43. Zur Frage der Arzneiüberempfindlichkeit, von JOSEF KYRIE-Wien. Eingehende Darstellung eines Falles von hochgradiger Quecksilberidiosynkrasie. Aus den Tierversuchen, die er mit dem Serum des Patienten angestellt hat, hat sich herausgestellt, daß Meerschweinchen in einer Weise überempfindlich gemacht werden können, daß selbst geringe Dosen des eingebrachten Hg in kurzer Zeit den Tod der Tiere, gelegentlich unter akuten Erscheinungen, herbeiführen können und den Empfänger gleichfalls zu einem überempfindlichen Individuum machen. Viel weniger konstant waren die Tierversuche mit dem Serum von Patienten mit andersartiger Idiosynkrasie.

44. Klinische Beiträge zur Salvarsanwirkung, von REINHOLD LEDERMANN. „Wenn man jetzt, nachdem der erste Taumel der Begeisterung über die Heilwirkung des Salvarsans bei der Syphilis verrauscht ist und einer ruhigen kritischen Betrachtung Platz gemacht hat, zu der Frage der Salvarsanwirkung das Wort ergreift, so geschieht dies weniger, um neue Tatsachen zu verkünden, als um bei einem unter längerer Beobachtung stehenden, mit Salvarsan behandelten Material einen Überblick über die Vorzüge der Salvarsanbehandlung vor anderen Behandlungsmethoden zu gewinnen. Daß wir dabei auch jetzt noch zu keinem abschließenden Urteil kommen können, ist für jeden klar, der den Verlauf der Syphilis kennt und in der Lage war, syphilitisch Infizierte über Dezennien hinaus zu beobachten."

Die tabellarisch dargestellten Erfahrungen des Verfassers führen ihn zu folgenden Schlüssen:

1. Das Salvarsan, ein stark wirkendes Spezifikum gegen Syphilis, wird zweckmäßig zur Erzielung einer intensiveren Wirkung mit Quecksilberkuren kombiniert.

2. Es vermag im Primärstadium — mit und ohne Zerstörung der Sklerose — die Serumreaktion andauernd negativ zu erhalten und das Erscheinen von Sekundärsymptomen zu verhindern, soweit die bisherige relativ kurze Beobachtungszeit der Salvarsanbehandlung diesen Schluß gestattet.

3. Es bringt sowohl allein, als auch in Kombination mit Quecksilberkuren die manifesten Erscheinungen der sekundären Lues zur Rückbildung, wobei es in bezug auf die Involution von Schleimhautsymptomen — besonders solcher erosiver und ulzeröser Natur — dem Quecksilber oft überlegen ist.

4. Es übertrifft das Quecksilber an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung in der Behandlung der tertiären und malignen Lues. Doch empfiehlt sich auch für die Behandlung von Tertiärprodukten die Kombination mit Hg-Kuren, während die Involution der ulzeröson Formen der malignen Lues auch ohne Hg-Behandlung meist schnell und sicher vor sich geht. Schwere Formen maligner Lues des knöchernen und knorpligen Gesichts, der Nase und Mundhöhle bedürfen allerdings oft sehr erhebliche Salvarsanmengen bis zur Erzielung einer wesentlichen Besserung oder kompletten Heilung.

Digitized by Google

5. Die Frage, ob alle zur Beobachtung kommenden sogenannten Neurorezidive syphilitischer Natur sind, ist noch nicht vollkommen geklärt. Die Mehrzahl ist es jedenfalls, wie der Erfolg wiederholter Salvarsan- und Hg-Behandlung zeigt. Ob in einzelnen wenigen Fällen die toxische Arsenwirkung eine Rolle spielt, muß erst eine weitere sorgfältige Sammlung und Sichtung des vorhandenen statistischen Materials ergeben. Um eine solche Übersicht zu gewinnen, bedarf es unbedingt einer allgemeinen Sammelforschung in regelmäßigen Zwischenräumen.

6. Spezifische periphere Nervenerkrankungen werden durch Salvarsan oft schnell zur Rückbildung gebracht, während bei dem wechselnden Symptomenkomplex der Lues cerebri die Heilerfolge unsicher und oft nur partieller Art sind.

7. Bei der Tabes kommen zuweilen vorübergehende Besserungen der lanzinierenden Schmerzen vor. Im übrigen hat die Behandlung der Tabes und progressiven Paralyse durch die Einführung des Salvarsans keine wesentliche Förderung erfahren.

45. Syphilis und Lezithin, von Fritz Lesser-Berlin. Für das Zusammenwirken von Syphilistoxinen und Lipoiden in vivo ist keinerlei Beweis gebracht. Für die Annahme eines Luestoxins fehlt bisher jede Basis. In vitro (WR.) besteht ein Zusammenwirken von unbekannten Lipoiden (Lipoin) mit einem Eiweißkörper im Syphilitikerserum (Reagin). Das Lipoin ist nicht identisch mit dem Lezithin des Gehirns und Rückenmarks. Der Lipoidgehalt des Syphilitikerserums ist ohne Einfluß auf den Ausfall der WR. Eine Verbindung von Reagin mit Lipoiden findet in vivo nicht statt.

46. Die Einwirkung verschiedener lokal angewendeter Medikamente auf Spirochäten, von Alfred Levy-Bing-Paris. Verf. hat mit den verschiedensten Antiseptizis in Puderform und in Lösung Versuche angestellt, um herauszufinden, welches Medikament syphilitische Geschwüre, in erster Linie Primäraffekte, am schnellsten zur Heilung bringt und die Spirochäten am promptesten beseitigt. Die regelmäßigen Untersuchungen auf Spirochäten wurden bei Dunkelfeldbeleuchtung vorgenommen; untersucht wurden Jodoform, Aristol, Zinkoxyd, Dermatol, Formol, Jodtinktur, Höllenstein, Quecksilbersalbe, Salvarsan u. a. m. Er führt 69 Krankengeschichten als Belege an und resümiert, daß die schnellsten Einwirkungen immer den Quecksilberpräparaten zukommen, in erster Linie Kalomelpuder und Kalomelsalbe.

47. Dermatologie und Schule. Ein Beitrag zur Hygiene, von Alfred Lewandowski-Berlin. Studie über die bei Schulkindern hauptsächlich vorkommenden Hautkrankheiten ansteckender Natur und die Notwendigkeit eingreifender Maßnahmen zur Verhinderung ihrer Weiterverbreitung. Hinweis auf die Notwendigkeit der Hygiene der Haut für den allgemeinen Gesundheitszustand und die bisher durchgeführten bezw. wünschenswerten und erstrebenswerten Maßnahmen zu ihrer Durchführung.

Einige kurze Krankengeschichten über geschlechtliche Erkrankungen bei Schulkindern, die die Notwendigkeit sexueller Aufklärung und exakter Schulaufsicht nahelegen.

48. Histologisches zur Salvarsanheilung der Syphilis, von F. Lewandowsky-Hamburg. Die histologischen Veränderungen der Syphilisinfiltrate nach Salvarsanbehandlung stellen nichts irgendwie Spezifisches dar; das einzige, was sich histologisch feststellen läßt, ist eine allmähliche Abnahme des Infiltrats, die im Prinzip nicht anders verläuft als nach Hg. Schlüsse auf eine organotrope oder parasitizide Wirkung des Salvarsans lassen sich hieraus nicht ziehen.

49. Über die Flecken der Lepra maculo-anaesthetica, von H. P. Lie-Bergen. Histologische Untersuchungen, die keine Lösung des eigentümlichen Bildes der makuloanästhetischen Lepra bringen, insonderheit nicht die Annahme von anderen Formen des Leprabazillus stützen und ebensowenig reine, nicht embolisierte Neurolepride annehmen lassen.

Digitized by Google

50. Purpura annularis teleangiectodes, von H. Lindenheim-Charlottenburg. Bei einem Bleiarbeiter mit stark entwickelter Neurasthenie besteht seit 15 Jahren Purpura annularis teleangiectodes mit völlig schmerzlosem, höchst chronischem Kommen und Schwinden von zum Teil ringförmigen Flecken an den Nates und unteren Extremitäten. Es handelt sich um den ohne jede Atrophie verlaufenden Typ, der mit kleinsten Teleangiektasien und Hämorrhagien beginnt, zur Bildung von Ringen und Flecken mit zum Teil sehr ausgeprägter braunschwärzlicher zentraler Pigmentierung führt und allmählich verschwinden kann, ohne eine Spur zu hinterlassen. Es besteht kein gesetzmäßiger Zusammenhang mit den Follikeln; pathologische Veränderungen der auf den Krankheitsherden wachsenden Haare fehlen völlig.

Histologisch wurden entarteriitische Prozesse gefunden, die zur Obliteration vieler kleiner Hautarterien führten.

51. Über die therapeutische Verwendung von normalem menschlichem Serum bei Haut- und innerlichen Krankheiten, von Paul Linser-Tübingen. Seit seinen ersten Publikationen hat Verfasser nicht nur eine Anzahl weiterer Schwangerschaftstoxikosen, sondern auch andere hartnäckige Hautkrankheiten mit Serum behandelt. Er hat verschiedentlich sehr gute Resultate erzielt, sogar bei einigen Fällen von Pemphigus. Er legt Wert darauf, daß das Serum von absolut gesunden Leuten entnommen wird, bei denen genau nach Tuberkulose geforscht und der Wassermann untersucht worden ist. Das unter absolut aseptischen Kautelen entnommene Blut wird auf einer elektrischen Zentrifuge sofort ausgeschleudert und das Serum möglichst sofort, in der Regel schon eine Stunde nach der Blutentnahme, langsam in Dosen von 10—20 ccm injiziert. Da diese Injektionen vollständig reaktionslos vertragen werden — vorausgesetzt, daß das Serum von wirklich Gesunden, auch nicht von Schwangeren stammt — hat Verfasser die Eingriffe stets ambulant ausgeführt.

52. Zur Syphilistherapie mit Asurol, von Victor Lion-Mannheim. Nach seinen Erfahrungen bezeichnet Verf. das Asurol als ein angenehmes, bei der Injektion nur sehr wenig schmerzhaftes Präparat von intensiver prompter Wirkung, das nahezu frei ist von unangenehmen Nebenwirkungen und überall da zum Gebrauch geeignet ist, wo ein schneller, kräftiger therapeutischer Effekt erzielt werden soll oder auch, wo unlösliche Hg-Salze aus irgend welchen Gründen nicht zur Anwendung gelangen können. Zur Erzielung größerer Dauerwirkung ist das Asurol zweckmäßig mit einem unlöslichen Hg-Präparat oder mit grauem Öl in einer Kur zu kombinieren.

53. Beitrag zur Pathologie der Polypen der hinteren Harnröhre, von L. Lipmann-Wulf-Berlin. Bericht über einen Fall von Polypenbildung der hinteren Harnröhre unter Berücksichtigung der histologischen Struktur, die als Adenofibrom angesprochen werden mußte.

54. Beitrag zur Kenntnis der kongenital-syphilitischen Knochen- und Gelenkentzündungen, von H. Loehe-Berlin. Sektionsbericht über 2 ad exitum gekommene hereditär-syphilitische Säuglinge mit Erscheinungen schwerster Osteochondritis syphilitica und gummöser Osteomyelitis.

55. Enthält das Haar einen gelösten Farbstoff? Von Meirowsky-Köln a. Rh. 1. Die Existenz eines gelösten Farbstoffes im Haar ist nicht bewiesen. Es gibt einen solchen im Haar ebensowenig wie in der Epidermis.

2. Es existiert auch keine Eigenfarbe des Haares mit einem blonden oder rötlichen Farbenton. Die reine Hornfarbe des Haares ist ebenso weiß wie die aller anderen Horngebilde (Epidermisschuppen, Nägel).

3. Haarfarben werden hauptsächlich nur durch das Vorhandensein von körnigem Pigment bedingt. Menge, Farbe und Verteilung desselben bedingen den Farbenton des

Digitized by Google

Haares. Der Luftgehalt und die Beschaffenheit der Oberfläche sind von untergeordneter Bedeutung und verstärken nur die weiße Farbe der Hornsubstanz.

56. Über Hautpigmentierung bei perniziöser Anämie, von M. Mosse-Berlin. In dem mitgeteilten Falle bestanden Verfärbungen ähnlich wie bei der Addisonschen Krankheit. Die Ursache der Pigmentierung schien in einem gesteigerten Hämoglobinzerfall, der sicher nachgewiesen wurde, begründet zu sein.

57. Das Vererbungsproblem bei der Syphilis im Lichte moderner Forschung, von Paul Mulzer-Straßburg i. E. Wenn auch die moderne Syphilisforschung, insbesondere die Wassermannsche Seroreaktion, endgültig bewiesen hat, daß faßt jede Frau, die ein syphilitisches Kind geboren hat, syphilitisch ist, mag sie klinisch auch noch so gesund erscheinen, so ist damit die Frage der paternen Infektion noch nicht erledigt. Einmal führt bekanntlich eine Behandlung des Mannes zu gesunden Kindern und ebenso eine neue Heirat der Frau. Schließlich ist auch die Infektiosität des Spermas neuerdings in exakter wissenschaftlicher Weise bewiesen worden, seitdem positive Impfungen mit Sperma auf Kaninchen geglückt sind. Wenn auch noch nicht klar gestellt ist, wie man sich diese Infektiosität des Spermas vorstellen soll, ob die Spermatozoen gleichsam die Spirochäten transportieren, und wenn auch der weitere Infektionsmodus noch ziemlich unklar ist, da ein Hineingelangen der Spirochäten zwischen die einzelnen Keimzellen des in den ersten Entwicklungsstadien sich befindlichen Embryos eine beträchtliche Störung des Keimungsprozesses verursachen müßte, so geht doch aus allem hervor, daß der väterlichen Syphilis zum mindesten eine Mitbeteiligung an der hereditären Syphilis zukommt.

58. Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsmöglichkeit von japanischen Hausratten, Kaninchen und Meerschweinchen mit Lepramaterial, von H. Nakano-Tokio. Eine Reihe experimenteller Tierversuche an japanischen Hausratten, Meerschweinchen, Kaninchen und Tauben haben ergeben, daß die japanische Hausratte in erster Linie für Infektion mit dem Leprabazillus empfänglich ist und daß derselbe bei diesen Tieren klinische Symptome auslösen kann, welche auch histologisch den bei Lepra mutilans und Alopecia leprosa des Menschen gleichen. Am Kaninchen ließen sich durch Injektion in die Kornea leicht Erscheinungen eines Leproms erzeugen; ähnlich reagierte die Kornea des Meerschweinchens mit Bildung eines Pannus leprosus.

Von großer Wichtigkeit ist bei den Versuchen, ob das Material von behandelten oder unbehandelten Patienten stammt. Mit Material von behandelten Patienten können sehr wenige klinischen Symptome erzeugt werden.

59. Die praktische Bedeutung der Entwicklungshemmungen der Haut, von O. v. Petersen - St. Petersburg. Als Entwicklungshemmung sieht Verfasser das Vorhandensein von Haarbüscheln in der Sakralgegend an; das Vorhandensein reichlicher Wollhaare bei Erwachsenen, namentlich an den oberen Extremitäten, im Gesicht, an den Ohren und auf dem Rücken; das Fehlen oder die schwache Entwicklung von Augenbrauen und Kopfhaar. Ferner mangelhaft entwickelte Schweiß- und Talgdrüsen, Nävi und Pigmentanomalien.

60. Beiträge zur Kenntnis der Berliner Prostitution. Die Syphilis der Prostituierten, von Felix Pinkus-Berlin. Statistische Untersuchungen an mehr als 1000 Puellen zur Beantwortung der zwei Fragen:

1. Bei wieviel Menschen kann man 10 Jahre nach der Infektion mit Syphilis an objektiven Zeichen feststellen, ob sie Syphilis gehabt haben?

2. Wie wirkt die Behandlung?

Äußere leicht erkennbare Zeichen finden sich bei alter Lues in etwa der Hälfte

Digitized by Google

der Fälle. Die Zahl der Fälle von Spätsyphilis, insonderheit der Tabesfalle, nimmt proportional der Häufigkeit der Behandlung ab.

61. Die Prognose der Azoospermie, von C. Posner-Berlin. „Eine Azoospermie, welche sich nach blennorrhoischer Epididymitis entwickelt und mindestens 3—4 Monate hindurch bestanden hat, ist, soweit unsere bisherigen Erfahrungen uns ein Urteil erlauben, weder einer spontanen Rückbildung nach einer künstlichen Heilung zugänglich, sondern bleibt permanent."

62. Zur Kenntnis der Immunität nach Trichophytieinfektionen, von Peyter-Charlottenburg. Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Das Überstehen einer Trichophytie hatte in unseren Versuchen beim Meerschweinchen stets eine Umstimmung des Organismus zur Folge, die sich darin äußerte, daß eine erneute Impfung entweder überhaupt nicht oder in abgeschwächter Form oder in Form einer Überempfindlichkeitsreaktion anging. Keineswegs aber trat stets volle Immunität auf.

2. Die Immunität ist nicht schlechtweg als abhängig zu bezeichnen von der Tiefenausdehnung des Krankheitsherdes, wenn auch den tieferen Trichophytien in vielen Fällen ein größeres Immunisierungsvermögen zukommen mag. Denn unsere Versuche ergaben oft genug Schwankungen in den Resultaten. Einerseits wurde völlige Immunität manchmal nicht bei Stämmen aus tiefen Herden erzielt, während andererseits Stämme oberflächlicher Herkunft manchmal komplett immunisierten.

3. Beim Menschen tritt durch Überstehen einer tiefen Trichophytie nicht immer volle Immunität ein.

63. Fehlende Wassermannsche Reaktion bei tertiärer Hautsyphilis, von Axel Reyn-Kopenhagen. Bericht über drei Patienten mit nicht behandelter tertiärer Hautsyphilis, wo Wassermann bei zweien erst bei wiederholter Untersuchung positive Reaktion ergab, während sie bei dem dritten dauernd negativ verblieb. Dies zeigt, wie vorsichtig man sein soll, aus einer fehlenden Wassermann-Reaktion den Schluß zu ziehen, daß eine Affektion nicht Syphilis ist, wenn die übrigen Syptome dafür sprechen.

64. Über die spezielle Dermatologie des 'Ali ibn al'Abbas (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung, von Paul Richter-Berlin. Philologische Studien.

65. Über den syphilitischen Primäraffekt am Nabel, von Rille-Leipzig. Die in der Überschrift genannte Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes ist außerordentlich selten, so daß Verf. die Mitteilung eines einschlägigen Falles, der einen 26jähr. Bäckergehilfen betraf, für gerechtfertigt hält:

„Die Existenz des vierfachen Primärbubos im Gefolge des Umbilikalschankers läßt sehr wohl vermuten, daß bei so proximalem Sitze des Initialaffektes — gewissermaßen im Mittelpunkte der Körperoberfläche — auch das Vordringen des syphilitischen Virus im Körper, welches doch vorwiegend auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt, sich wesentlich rascher vollziehen wird als bei irgend einer anderen, mehr distalen Lokalisation des Primäraffektes, wie z. B. an Kopf oder Genitale. Es dürfte also in Fällen von Nabelprimäraffekt die sog. zweite Inkubation eine Abkürzung erfahren und die Proruption des Exanthems und der sonstigen Allgemeinerscheinungen schneller von statten gehen als in gewöhnlichen Fällen von rezenter Syphilis. Auch für jene seltenen Fälle, wo sich kontemporär an zwei oder mehreren weit voneinander abliegenden Körperstellen Primäraffekte befinden (z. B. gleichzeitig an Mund und Genitale oder Finger und Genitale usw.) ist meiner Ansicht nach die gleiche Beschleunigung im Auftreten der Konsekutiva zu postulieren. Diese von mir hier hervorgehobene

Digitized by Google

chronologische Eventualität ist aber meines Wissens noch von keinem der zahlreichen Bearbeiter der extragenitalen Syphilisinfektion in Erwägung gezogen worden."

(Schluß folgt.)

W. Lehmann-Stettin.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Mai 1912.

Xanthoma tuberosum multiplex, von S. Politzer und Udo J. Wile-New York. Bereits in Bd. 54, 1912, S. 421 der Dermatologischen Wochenschrift als Originalartikel veröffentlicht. In der folgenden Diskussion (auf der 35. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, Boston, 23.—25. Mai 1911) waren alle Redner einig, daß vorliegende Arbeit die bedeutendste sei, die jemals über die Entstehung und pathologische Entwicklung des Xanthoms veröffentlicht worden ist.

Präkanzeröse Dermatosen: eine Studie über zwei Fälle chronischer atypischer Epithel-Proliferation, von John T. Bowen-Boston. Die verschiedenen Hauptzustände, welche der Krebsentwicklung vorhergehen können, sind vor allem als keratose Affektionen, wie Cornu cutaneum, Keratoma senile, Xeroderma pigmentosum, Arsenikkrebs, dann als Kaminkehrerkrebs, Krebs bei Paraffin- und Teerarbeitern und schließlich als Keratosis follicularis (Darierasche Krankheit) und Pagets Krankheit beschrieben worden. Alle diese Zustände haben gemeinsam eine allmählich zunehmende Hypertrophie des Epithels, charakterisiert durch eine Hyperkeratosis (ausgenommen bei der Pagetschen Krankheit), ferner ausgesprochene Proliferation des Rete Malpighi und Vakuolen-Bildung und degenerative Veränderungen in den Epithelzellen, die mehr oder weniger charakteristisch sind; Bindegewebsveränderungen sind in allen Fällen ebenfalls vorhanden, aber in besonders ausgeprägter Weise nur bei der X-Strahlen-Dermatitis. Die Bedeutung dieser präkanzerösen Dermatosen für die Genese des Karzinoms ist vor allem von Ribbert gewürdigt worden, und B. bringt zur Illustrierung dieser Bedeutung zwei Fälle, wovon bei dem einen ein in seiner Intensität wechselnder zuerst papulöser, dann papillomatös-squamöser Ausschlag am linken Gesäß 19 Jahre lang bestanden hat (bei einem nun 49jährigen Mann) und der zweite einen 52jährigen Mann betraf, welcher seit zirka 10 Jahren einen ähnlichen Ausschlag von knotig-warzenförmigen Aussehen am linken Unterschenkel hatte. Die beiden Fälle hatten, wie aus der genauen Beschreibung zu ersehen ist, einen sehr merkwürdigen, außerordentlich chronischen Verlauf und zeigten in ihrem äußeren Befunde Ähnlichkeit mit syphilitischen Späterscheinungen. Histologisch lag der auffallendste Befund in den Epithelveränderungen und die große Ähnlichkeit mit den bei Pagetscher Krankheit, bei Röntgenstrahlen-Dermatitis, Xeroderma pigmentosum, Keratosis senilis und Arsen-Keratose konstatierten Veränderungen, ohne daß aber der klinische Verlauf der beiden Fälle jenem der hier genannten Affektionen glich. Wenn auch noch keine Zeichen maligner Entartung in den beiden Fällen vorhanden sind, so zweifelt B. nicht, daß sie in Bälde sich einstellen werden.

Ein Bericht über die Wassermannsche Reaktion in 61 Fällen von mit Salvarsan behandelter Syphilis, von M. F. Engman und Rudolph Buhmann-St. Louis. Von den 61 Fällen erhielten 32 nur Salvarsan; von diesen gaben 9 oder 28% negative Wassermannsche Reaktion, 23 oder 72% positive. Unter ersteren hatten 5 je 2 und einer 3 Dosen Salvarsan bekommen. 29 der Fälle wurden nach den Salvarsan- noch mit Quecksilber-Injektionen behandelt; hiervon gaben 14 oder 48% negativen und 4 nach 2 Salvarsan- und zweimaligen Quecksilberkuren ständige positive Reaktion. 7 der 61 Fälle hatten allein 2 Salvarsandosen; und von diesen wurden nun 2 negativ oder 28%, während 5 positiv blieben, welch letztere sämtlich schwere Infektionen waren. Unter

Digitized by Google

den Frühfällen wurde Salvarsan allein in 6 mit dem Resultat von 33% negativem Wassermann, unter den Spätfällen in 26 Fällen mit 26% negativer Reaktion gegeben. Die intravenöse Methode wurde in 16 Fällen, wo nach einer Injektion keine negative Reaktion, nach 2 aufeinanderfolgenden Injektionen 2 negative Reaktionen sich ergaben und 5 positiv blieben, angewandt; der Rest erhielt noch Quecksilber.

In der darauffolgenden Diskussion (auf der 35. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, Boston. 25.—27. Mai 1911) waren die meisten Redner darüber einig, wie schwierig es sei, allgemeine Schlüsse über die Einwirkung des Salvarsans auf die Wassermannsche Reaktion zu ziehen, nachdem in den zahlreichen hierüber erschienenen Veröffentlichungen die erzielten negativen Reaktionen von 5—90% schwanken. Im allgemeinen könne man aber sagen, daß die Einwirkung des Salvarsans und des Quecksilbers so ziemlich gleichartige seien.

Schamberg zeigte sich als begeisterter Anhänger des Salvarsans, das ihm in vielen, besonders malignen Fällen von Syphilis dem Quecksilber überlegen scheint.

Engman erklärte in seiner Replik, der Ausfall der Wassermannschen Reaktion hänge in hohem Grade von der Art der Ausführung und der entsprechend subtilen Auswahl der Reagentien ab.

Juni 1912.

Der Einfluß des Milchfetts auf die Haut, von Douglas W. Montgomery und George D. Culven-San Francisco. Verfasser halten es für zweifellos, daß ebenso, wie andere Fettarten, Butter, Rahm oder fettreiche Milch, wenn in Übermaß genossen, schädliche Einwirkung auf die Haut haben. Die klinische Erfahrung hat gelehrt, wie häufig Ekzem bei Kindern und alten Leuten ist, wo Milch die Haupt- oder einzige Nahrung ist, und auch unter den Laien ist es eine bekannte Tatsache, daß Buttergenuß leicht zu Finnen und Mitessern führt, während Rahm und fettreiche Milch noch viel mehr Seborrhöe erzeugend ist wie Butter. Andererseits steht aber auch fest, daß die Haut eines der hauptsächlichsten fettbedürftigen Organe ist; in der Bildung ihrer äußeren Hornschicht, der Haare und der Nägel gebraucht sie große Mengen von Hornfett, das in der natürlichen Hautabschuppung, in dem Abstoßen der Haare und dem Wachstum der Nägel ständig ausgestoßen oder sezerniert wird. Auf diese Weise kann die ganze Hautoberfläche als eine ungeheure fettabsondernde Drüse mit den Talgdrüsen als Taschen, aus welchen ein mehr flüssiges Fett abgesondert wird, angesehen werden. Wenn daher der Haut ein besonders feines Fett, das unter den Angriffen der Mikroorganismen mit ungewöhnlicher Leichtigkeit zusammenbricht, überliefert wird, so ist es kein Wunder, daß ihre Resistenz vermindert und gewisse Bakterien, welche gewöhnlich auf der Haut als harmlose Parasiten sich aufhalten, schädlich werden. Butter ist eine Fettart, die besonders leicht den Angriffen der Mikroorganismen unterliegt. Die Quantität und auch Qualität des genossenen Fetts spielt insofern eine Rolle, indem es die Empfänglichkeit gegenüber den bakteriellen Einflüssen erhöht und den Patienten zu Akne, Ekzema seborrhoicum, Furunkel, Karbunkel und Erysipel empfänglich macht.

Ein Vergleich von Pemphigus foliaceus und Dermatitis exfoliativa Neonatorum (Ritter), mit Bemerkungen über die Ätiologie, von H. H. Hazen-Washington. Unter Anführung von zwei Fällen der erstgenannten und eines der zweiten Affektionen, die mit zahlreichen histologischen und mikroskopischen Belegen illustriert sind, kommt H. zu folgenden Schlüssen: Manche Fälle von Pemphigus foliaceus sind unzweifelhaft der Infektion mit dem Bacillus pyocyaneus zuzuschreiben, und der Tod kann infolge von Allgemeininfektion mit diesem Mikroorganismus eintreten. Der Name Dermatitis exfoliativa neonatorum ist ein schlechter und sollte aufgegeben werden, denn die Exfoliation tritt sekundär nach einer allgemeinen, wahrscheinlich durch den Staphylo-

Digitized by Google

coccus albus bewirkten Hautinfektion auf. Die beiden Affektionen sind verschieden, wenn es auch gewisse Zwischenformen zwischen ihnen gibt.

Fibroma subcutis, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. Der Fall betraf eine 41jährige Frau, welche an der Dorsalseite des mittleren Drittels des ersten Mittelfingergliedes der linken Hend eine kleine umschriebene, unter der Haut frei bewegliche Geschwulst seit mehreren Jahren hatte. Deren Entwicklung scheint eine sehr langsame, insidiöse gewesen zu sein, so daß Patientin erst spät derselben gewahr wurde. Die Geschwulst war rundlich und sehr fest, gefühllos auf Druck und von anscheinend knorpeliger Beschaffenheit. Sie konnte leicht mittels einfacher Inzision ausgeschält werden, und bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, daß sie fast nur aus fibrösem und wenig Zellgewebe bestand. Nach Verfassers Erfahrung ist dieser Fall insofern einzig, als alle anderen Fälle von Fibroma im Corium lagen und aus mehr oder weniger zwischengeflochtenen (Bindegewebs)-Bündeln bestanden, was hier völlig fehlte.

Ein ungewöhnlicher Fall von erweiterten Kapillaren, von WILLIAM FRICK-Kansas City. Der 50jährige Patient führt den Beginn seines Leidens auf 15 Jahre zurück, wo es mit Erweiterung der Kapillaren an der Nasenspitze begann; diese Erweiterung der Blutgefäße dehnte sich allmählich über das ganze Gesicht aus, und dann ward vom Nacken abwärts die Haut des ganzen Körpers von dieser Gefäßerweiterung befallen. An Wangen und Stirn bewirkte sie eine purpurrote Farbe, abwechselnd mit dem Anblick eines sehr roten Gesichts. Schließlich stellte sich Inkontinenz des Stuhls und Urins ein, die auf erweiterten Kapillaren sowohl der Darm- und Blasenschleimhaut wie der Gehirnrückenmarkszentren beruhten, wie die spätere Autopsie lehrte, nachdem Patient durch Selbstmord geendet hatte. Die stark vergrößerte Leber ergab eine Reihe von karzinomatösen Knoten (sekundäre Metastasen), während das primäre Karzinom in der Gegend der Gallenblase saß. Der ständig auf die sympathischen Nerven ausgeübte Druck und Reizung können vielleicht in einem gewissen Zusammenhang mit dieser ungewöhnlichen Form von Erweiterung der Kapillaren stehen.

Eine Zusammenfassung der Ansichten DE BEURMANNS und GOUGEROTS über die Sporotrichosis, von ERNEST DWIGHT CHIPMAN-San Franzisko. Zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Arbeiten, die seit 1906 bis heute die beiden unermüdlichen Forscher dieses Gebietes veröffentlicht haben, und welche den Lesern dieser Wochenschrift durch zahlreiche Referate bereits bekannt gemacht worden sind. DE BEURMANN und GOUGEROT haben übrigens vor kurzem eine zusammenfassende Beschreibung der Sporotrichosis unter dem Titel „les nouvelles mycoses" herausgegeben.

Juli 1912.

Die 36. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung (St. Louis, 23.—25. Mai 1912). Ansprache des Präsidenten. Eine kurze historische Übersicht über die dermatologischen Zeitschriften in den Vereinigten Staaten, von GROVEN WILLIAM WENDE-Buffalo. Aus dem Berichte W.s ersehen wir, daß im Jahre 1870 als erste dermatologische Zeitschrift das vierteljährlich erschienene American Journal of Syphilography und Dermatology herausgegeben wurde, daraus im Jahre 1874 die Archives of Dermatology wurden und diese mit dem Jahre 1882 zu existieren aufhörten. Es wurde nun ein neues, monatlich erscheinendes Organ, das Journal of cutaneous and veneral diseases gegründet, dessen Name im Jahre 1887 in Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, im Jahre 1902 in Journal of cutaneous diseases including Syphilis umgeändert wurde. Nachdem trotz zahlreicher äußerer Erfolge und vorzüglicher Leitung, an der sich die bedeutendsten Dermatologen der Vereinigten Staaten Nordamerikas beteiligt hatten, der pekuniäre Erfolg zu wünschen übrig ließ, übernahm mit dem 1. Januar 1912 die ame-

Digitized by Google

rikanische Dermatologenvereinigung die Monatsschrift mit allen Rechten und Eigentum, womit sie offizielles Organ dieser Vereinigung geworden ist.

Eine kritische Studie der Organismen, die aus den Veränderungen menschlicher Lepra kultiviert worden sind, mit einer Betrachtung über ihre ätiologische Bedeutung, von Charles W. Duval und Creighton Wellmann-New Orleans. Verfasser haben 29 Fälle von Lepra bakteriologisch untersucht und bei 22 derselben einen säurefesten Bazillus in Reinkultur gezüchtet. Ein chromogener Stamm, der in allen wichtigen Einzelheiten dem von Clegg beschriebenen glich, wurde in 14 Fällen gefunden; er wächst unter gewissen Bedingungen als a) nicht säurefester Streptothrix, b) nicht säurefester diphtheroider und c) säurefester Bazillus. Acht Fälle gaben einen Mikroorganismus, welcher nur auf speziellen Nährböden wächst, kein Pigment produziert und in seinem biologischen Charakter von Cleggs Bazillus ziemlich verschieden ist. Die Tierexperimente, welche unternommen wurden, um die zwei von Lepra des Menschen stammenden Typen zu unterscheiden und ihre ätiologische Bedeutung festzustellen, werden von D. und W. noch nicht als entscheidend angesehen. Die Rolle, welche Cleggs chromogener Bazillus bei der Entstehung der Lepra spielt, ist eine noch ungelöste Frage. Der nicht chromogene Stamm ist zwar als Ursache der Lepra noch nicht erwiesen, Verfasser glauben jedoch, daß ihm wahrscheinlich eine solche Rolle zukommt und daß er mehr Aufmerksamkeit verdient als irgend ein bisher aus Leproveränderungen des Menschen kultivierter Bakterienstamm. Die große Verschiedenheit in der Morphologie und Färbereaktion für gewisse Reinkulturen, welche späterhin raschem Wachstum unterliegen und chromogen werden, erkläre die Auslegung europäischer Forscher, daß der Leprabazillus ein derartig polymorphes Bakterium sei, daß er als diphtheroider, säurefester Bazillus und als Streptothrix angesehen werden könne.

Die diagnostische Bedeutung der Noguchi-Luetin-Reaktion in der Dermatologie, von Daisy Orleman Robinson-New York. Die an 63 Fällen von Syphilis und 108 verschiedenartigen Hautkrankheiten vorgenommenen Untersuchungen führten zu folgendem Resultat. Die Luetinreaktion bietet in gewissen Fällen von Syphilis ein sicheres diagnostisches Mittel. In Fällen unbehandelter Primär- und Sekundärsyphilis fehlte sie vollständig. In allen Fällen von Tertiär-, von latenter und Spätsyphilis war sie vorhanden, bei behandelter Sekundärsyphilis kann die Reaktion positiv sein. Sie ist konstanter vorhanden bei Tertiär-, latenter und bei Spätsyphilis als die Wassermannsche Reaktion, während letztere im Primär- und Sekundärstadium einen höheren Prozentsatz ergibt.

Bemerkungen über Salvarsan, von Edward L. Keyes-New York. In den sehr lesenswerten und wohltuend objektiv gehaltenen Abhandlung legt K. den Nachdruck auf folgende 4 Punkte: 1. die Notwendigkeit, stets frisch hergestelltes destilliertes Wasser anzuwenden, 2. die relativen Vorteile sauerer und alkalischer Lösungen, 3. die ambulatorische Behandlung und Technik der Injektionen und 4. die Wirksamkeit kleiner Dosen. Die durchschnittliche Dosis betrage 2, höchstens 3 dcg, die zweiten Injektionen werden nach einem Intervall von 7, die dritten nach einem solchen von 14 Tagen wiederholt, mehr als 4 Injektionen waren bloß in einem Falle notwendig. Nach 4 Wochen ist stets auf Wassermannsche Reaktion zu prüfen und die weitere Behandlung von deren Ausfall abhängig zu machen. Ohne weitere Schlüsse ziehen zu wollen, erklärt auch K. Salvarsan für ein wertvolles Hilfsmittel bei der Syphilisbehandlung, und zwar ein besonders wirksames gegen die sekundären Schleimhautplaques.

Spezielle Übersicht über Salvarsan, von Fexton E. Gardner. In Fortsetzung früherer Berichte bringt G. eine Zusammenstellung der Literatur, welche die nach Salvarsan vorgekommenen Todesfälle, die Neurorezidive, Gelbsucht und andere Komplikationen zum Vorwurf haben. Stern-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Ein Fall von spezifischer Labyrinthitis, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1911, Nr. 24.) Eine 28jährige Frau war von ihrem Manne vor $2^1/_2$ Jahren angesteckt worden. Sie wurde mit Spritz- (Hydrarg. bijod.) und Schmierkuren behandelt und bekam außerdem Injektionen grauen Öls. April 1911 war die Wassermannsche Reaktion negativ, die Hämolyse aber um eine halbe Stunde verzögert. Kurze Zeit darauf entstand eine Neuritis in der Deltoidesgegend und einen Monat später eine Fazialisparalyse. Bei einer bei dieser Gelegenheit vorgenommenen Ohruntersuchung fand sich eine Labyrinthitis. Die Läsion existierte im inneren Gehörgang und war periostitischer Natur. Nach zwei Salvarsaninjektionen heilte die Labyrinthitis rasch. Die Fazialisparalyse wurde mit galvanischem und faradischem Strom allmählich besser. A. Gunsett-Straßburg.

Die Augensyphilis, von J. Fejér-Budapest. (Orv. Ujsag, 1911, Nr. 49.) Die charakteristischeste und häufigste Krankheit der angeborenen Lues findet man in der Hornhaut. Die sogenannte Keratitis parenchymatosa beschränkt sich nur sehr selten auf ein Auge. Die Hornhaut wird milchfarbig und dunkel, sie bricht aber niemals durch und vereitert niemals. Man unterscheidet eine vaskulare und eine avaskulare Form. Die Klärung der Hornhaut dauert wochen-, sogar monatelang und schreitet langsam gegen das Zentrum vor. Manchmal entwickelt sich Keratektasia, oft sind sie ringförmige Anwachsungen der Iris. Sogar in der Chorioidea entstehen Herde, infolge deren das Sehvermögen abnimmt, auch wenn die Hornhaut größtenteils geklärt ist. Die Prognose ist ziemlich gut, wenn der Patient beizeiten einer entsprechenden antiluetischen und lokalen Behandlung teilhaftig wird. Wenn man die Oberfläche der dunklen Stellen mit einer binokularen Lupe im durchscheinenden Lichte anschaut, wird man ein außergewöhnlich feines obliteriertes Gefäßnetz finden, was ein sicheres Zeichen dessen ist, daß das betreffende Individuum Keratitis parenchymatosa luetica überstanden hat. In der Literatur sind Fälle beschrieben, wo ein halbjähriges Kind dieses Leiden bekommen hat, und wo auch die Keratitis eines 50jährigen Individuums auf Lues hereditaria zurückgeführt worden ist. Frauen erkranken häufiger als Männer. Retinitis pigmentosa ist immer zweiseitig und schreitet gegen das Zentrum langsam vorwärts. Im Alter von 40—50 Jahren tritt Blindheit ein. Das Hauptsymptom bildet die Hemeralopie und die Abnahme des zentralen Sehens. Die erworbene Lues kann in primärem, sekundärem und tertiärem Stadium auftreten; Ulcus durum der Palpebra, Konjunktiva, Canthus externus, Conjunctiva bulbi mit indolenter präuricularer Drüse sind frische Infektionen. Die Infektion kann durch einen Kuß, durch Speichel erfolgen. Am häufigsten ist die Entzündung der Uvea. Keratitis parenchymatosa gehört zu den seltensten Krankheitsprozessen, sie ist immer mit einer Entzündung der Iris oder des Corpus ciliare kompliziert. Zahlreiche Abarten der Iritis sieht man in der zweiten Periode der Lues, angefangen von der serösen Form bis zur schwersten Iridozyklitis. Chorioiditis dissenuninata, Chorioiditis areolaris, centralis, die Förstersche Krankheit, zeigen ein solch charakteristisches Augengrundbild, daß die Diagnose auf keine Schwierigkeiten stößt. Die chronischen Erkrankungen der Retina und der Chorioidea bilden einen Übergang zwischen dem zweiten und dritten Stadium. Das dritte Stadium charakterisieren die Gummen. Ophthalmoplegia interna kann viele Jahre vor dem latenten zentralen Übel auftreten. Atrophia nervi optici oder Stauungspupille steht mit dem Nervensystem in Zusammenhang. Wenn man eine

Digitized by Google

andere Veränderung des Nervensystems nicht entdecken kann, so ist daran nur die Mangelhaftigkeit der Untersuchungsmethoden schuld. Wie oft entdecken die Augenärzte die nahende Gefahr, die dem Patienten seitens des Nervensystems drohen. Der Lichtreaktionsmangel der Pupillen oder die Trägheit, die hemiopische und paradoxe Reaktion, die Unregelmäßigkeit der Pupillenform, die Differenz zwischen beiden, die Einengung des Gesichtsfeldes, die Abnahme des Visus und der Augengrundbefund sind Symptome, ohne die eine pünktliche und sichere Diagnose nicht aufgestellt werden kann und darf. Bei der Behandlung der durch angeborene oder erworbene Lues verursachten Hornhaut- und uvealen Erkrankungen ist Verfasser unbedingter Anhänger der Quecksilbereinreibungskur. Wenn der Sehnerv angegriffen ist, muß nach Verfasser die Quecksilberschmierkur vermieden werden, weil das Quecksilber den degenerativen Prozeß des Sehnervs beschleunigt. Die Nachbehandlung der luetischen Augenerkrankungen kann mit Jod oder Schwefelbädern fortgesetzt werden. Salvarsan brachte für die Augenheilkunde nicht viel Nützliches. Den Heilungsprozeß der Keratitis parenchymatosa beeinflußt es nicht und verhindert nicht den Ausbruch. Den degenerativen Prozeß des Sehnervs fördert es entschieden. Wenn Salvarsan gegen Augenkrankheiten verwendet wird, muß es mit größter Vorsicht geschehen, aber nur dann ist es anzuwenden, wenn dem Visus eine wirkliche Gefahr droht oder Quecksilber und Jod den Dienst versagt haben. Porosz-Budapest.

Studien am Herzen bei Syphilis (nach Beobachtungen an 50 Fällen), von Harlow Brooks-New York. (Med. Record, 24 Febr. 1912.) Verfasser hat aus der Literatur den Eindruck gewonnen, daß Herzaffektionen im allgemeinen nur als syphilitisch betrachtet werden, wenn gummatöse Veränderungen vorliegen, oder andere syphilitische Erscheinungen auf die Natur der Herzaffektion hinweisen, während bei anderen Organen, z. B. Nieren und Leber, die resultierende Fibrosis und Degeneration ohne weiteres als syphilitisch angesehen wird. Er ist der Meinung, daß die Erkrankung des Herzens bei Syphilis viel häufiger ist, als im allgemeinen angenommen wird und sehr häufig schon in einem frühen Stadium der Syphilis beginnt; besonders häufig ist der Herzmuskel erkrankt, in seinen 50 Fällen 44 mal, und zwar meist in der Form fettiger Degeneration und bindegewebiger Veränderungen, aber auch parenchymatöse Degeneration fand sich nicht selten. Er hält seine Resultate besonders den Internisten als Spiegel vor, die sich bei der Syphilisbehandlung noch immer sehr häufig mit dem Verschwinden der Hauterscheinungen begnügen und ganz vergessen, daß innere Organe, besonders das Gefäßsystem leiden können und eine intensive Behandlung auch im latenten Stadium notwendig machen.

W. Lehmann-Stettin.

Herzsyphilis, von Léopold Guyonnaud. (Inaug.-Dissert., Paris, 1911, Nr. 137.) Die Syphilis kann in allen ihren Stadien das Herz in Mitleidenschaft ziehen. Im sekundären Stadium kommt es nur zu dynamischen Störungen (Arrhythmien, Palpitationen, Tachykardie); im tertiären Stadium dagegen zu schweren Erscheinungen am Herzen, die sogar zum Tod führen können. Diese Komplikation ist allerdings selten und wird nur zufällig diagnostiziert. Sie ist oft latent, führt aber ohne Prodrome zum plötzlichen Tod. Meist handelt es sich um zufällige Autopsiebefunde. Das Herz erfordert bei allen Syphilitikern besondere Beobachtung und es soll bei allen Herzkranken an Syphilis gedacht werden. Der langsame permanente Puls ist oft auf Lues, manchmal auf eine Läsion des Hisschen Bündels zurückzuführen. Spezifische Therapie, die gleich zu Beginn der syphilitischen Herzaffektion einsetzt, scheint die Entwicklung des Leidens zu hemmen; ist der Prozeß weiter vorgeschritten, so ist sie wirkungslos. Fritz Loeb-München.

Herdförmige fettige Degeneration des Myokards mit lokalisierten Kolonien der Spirochaeta pallida, von Alfred Scott Warthin-Ann Arbor, Mich. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 6.) Verfasser fand in jedem Falle von kongenitaler Syphilis

Digitized by Google

fettige, diffuse oder herdförmige Degeneration des Herzmuskels. Bei der diffusen Form fand er stets Spirochäten in großer, bei der herdförmigen in geringerer Anzahl. Eine Reaktion des interstitiellen Gewebes kann völlig fehlen. Fendt-Wiesbaden.

Diffuse gummöse Myokarditis, von W. Berblinger-Zürich. (Centralbl. f. allg. Pathol., Bd. 21, Nr. 23.) Bei einem 21jährigen Manne fand sich eine weitausgedehnte Entzündung des Herzmuskels, welche unter Entwicklung eines gefäßreichen Granulationsgewebes zur Verkäsung der Muskelfasern führte, zum Teil aber selbst dieser regressiven Veränderung erlag; ihr gegenüber stehen produktive Vorgänge, die einerseits zur selbständigen Schwielenbildung, andererseits zur partiellen fibrösen Umwandlung nekrotischer Herde führen; begleitet wird diese Entzündung von Gefäßveränderungen, die als produktive Endarteriitis bezeichnet werden können. Schourp-Danzig.

Drei bei latenter und ignorierter Lues wichtige Symptome, von P. Guidone-Neapel. (Gaz. internaz. di Med. e chir., 1911, Nr. 47.) Folgende drei Symptome sollen, wenn sie miteinander vereinigt sind, Diagnose auf latente Lues erlauben:

1. Radiosklerose, charakterisiert durch Veränderung des ersten Mitralistones und Steigerung des zweiten Aortentones.

2. Sichtbares Pulsieren der peripheren Arterien, besonders der Karotis, der Humeralis, der Radialis.

3. Mittelmäßiger Milztumor. K. Rühl-Turin.

Über die luetische Aortenerkrankung, von Prof. Reinhold-Hannover. (Niedersächs. Corresp.-Bl., 1912, Nr. 8.) In einem interessanten Vortrag im ärztlichen Verein Hannover berichtet der Verfasser über den Zusammenhang resp. Ätiologie der Aortenerkrankung durch Lues, auf welche fast immer zu erkennen ist, zumal der Wassermann bei der Mehrzahl der Aneurysmatiker positiv ist. Die Prädilektionsstelle des Prozesses ist die Aorta ascendens; vielfach wird die Aorta diffus oder sackförmig erweitert; durch Übergreifen des Prozesses auf die Klappen oder infolge der Erweiterung entsteht eine Aorteninsuffizienz; oft sind die Eingänge der großen Arkusarterien oder der Koronararterien verengert oder verschlossen. Die Erkrankung tritt erst spät nach der Infektion in die Erscheinung (6—41 Jahre). Von besonderer Bedeutung ist die Kombination der Aortenerkrankung mit tabischen Symptomen. Bei verdächtigen Herzerscheinungen jüngerer Individuen mit positivem Wassermann ist eine spezifische Therapie anzuraten. Quecksilber und Salvarsan wirken günstig. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Syphilitische Aortitis mit Klappendefekt, von A. Morison-London. (Lancet, 3. Feb., 1912.) Verfasser schildert ausführlich den klinischen Verlauf und den Sektionsbefund bei einem 37jährigen Manne, dessen syphilitische Infektion sich zur Zeit der Beobachtung nur durch die kardialen Symptome und die stark positive Wassermannsche Reaktion dokumentierte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lues, Morbus Banti, terminale septische Infektion, von Karl Lindt-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Der ausführlich mitgeteilte Fall stellt eine Kombination dreier Affektionen dar: Lues, Morbus Banti und akuter, terminaler, septischer Affektion. Der Symptomenkomplex des „Morbus Banti", welcher als eigenes Krankheitsbild mit primärer Erkrankung der Milz durchaus nicht allgemein anerkannt ist, ist gegeben in Milzvergrößerung und darauffolgender fortschreitender Anämie. Charakteristisch für das Blutbild ist: Oligozythämie, Oligochromämie und Leukopenie. Die antiluetische Behandlung hatte zwar vorübergehende Besserung im Gefolge, konnte aber den schließlichen letalen Verlauf nicht verhindern. Arthur Schucht-Danzig.

Natrium cacodylicum bei Syphilis, eine Studie über dessen Erfolge an 43 Fällen, aus der Urogenital-Abteilung des Jefferson medical college-Spitals, von Louis I. Spivak-Philadelphia. (New York med. Journ., 2. März 1912.) Die Erfahrungen an 64 Fällen,

Digitized by Google

von welchen jedoch 21 vorzeitig der Behandlung sich entzogen, führten S. zu folgenden Schlüssen. Wenn auch die Wirkung von Natr. cacodylicum keine so rasche wie jene des Salvarsans ist, so sind die Resultate doch nicht unähnlich jenen des letzteren, was auch begreiflich scheint, da der Arsenikgehalt von Salvarsan 34% und der des Natr. cacodylicum 48% ist. Vorausgesetzt, daß das letztere rein und jeden Tag eine frische Lösung desselben gemacht wird, ist es für den Menschen nicht giftig, selbst wenn es in täglichen Dosen von 0,3—0,4 g drei bis vier Wochen hindurch injiziert wird, mit anderen Worten, der menschliche Organismus kann 6 g Natr. cacodylicum in drei Wochen ohne irgend eine Erscheinung von Arsenikvergiftung aufnehmen; es tritt keine Albuminurie, keine Augenstörung auf, nur zuweilen leichte ziehende Schmerzen in den Muskeln, speziell jenen der Schultern, die zuweilen krampfartig wurden. Keine Reaktion an der Injektionsstelle. Die besten Resultate mit Natr. cacodyl. werden bei Frühsyphilis gesehen; es hat einen wunderbaren Einfluß auf den Initialaffekt und die roseolamakulösen, einen langsameren auf die papulösen Erscheinungen, gar keinen auf die Drüsenschwellungen. Schleimhautplaques und Kondylome heilen leicht ohne anderweitige Behandlung ab. Das Mittel hat einen merkwürdig alternierenden Einfluß und kann daher allein bei der Syphilisbehandlung angewandt werden; alle Patienten, mögen ihre Erscheinungen gebessert worden sein oder nicht, sprechen von einem Gefühl des Wohlbehagens, vermehrter Kraft, besserem Appetit und selbst Gewichtszunahme. Auf Rupia und Tertiärerscheinungen ist Natr. cacodylicum ohne Wirkung. Unmittelbar nachdem der Patient seine Einspritzungen (von Natr. cacodyl.) durchgemacht hat, sollte er mit Quecksilber behandelt werden, andernfalls würden die äußeren Erscheinungen rezidivieren. Beide Mittel scheinen gemeinschaftlich, d. i. abwechselnd gegeben, eine energischere Wirkung zu haben. Der Einfluß des Natr. cacodyl. auf die Wassermannsche Reaktion ist praktisch gleich Null. Es ist aber ein wertvolles Hilfsmittel bei der Syphilisbehandlung, speziell wo Salvarsan aus irgend welchen Gründen nicht anzuwenden ist. Natr. cacodylicum ist billig, leicht herzustellen und leicht anzuwenden. Stern-München.

Zur Enesolbehandlung bei metasyphilitischen Erkrankungen, von Vorbrodt und Kufka-Hamburg (Friedrichsberg). (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Veranlaßt durch eine Mitteilung Freys wurden acht Paralytiker mit Enesol behandelt; es zeigte sich aber kein Einfluß auf das klinische Bild der Paralysefälle. Insbesondere konnte eine Beeinflussung des biologischen Verhaltens von Blut und Liquor cerebrospinalis, wie sie Frey angab, nicht konstatiert werden.

Bei einem Tabesfalle war eine geringe Besserung der Arthropathie zu konstatieren.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Wirkung der elektrischen kolloiden Metalle auf die Syphilis, von Paul Funel. (Inaug.-Dissert., Lyon, 1911, Nr. 126.) Die kolloiden Metalle scheinen keinen sonderlichen Einfluß auf die Syphilis auszuüben. Die Wirkung des kolloidalen Quecksilbers auf die syphilitischen Erscheinungen ist eine langsame, nicht immer ausgesprochene; die erzielten Resultate sind nicht ermutigend. Rezidive folgen dieser Behandlung sehr bald. Lumbalinjektion kolloidalen Quecksilbers bei chronischen syphilitischen Hirnhautentzündungen kann befriedigende Resultate geben. Bei dieser Indikation verdient die Arzneiform weitere Erprobungen. Trotz einiger Vorzüge hat die Behandlung mittels kolloidalen Quecksilbers bei Syphilis nur als eine Ausnahmemethode zu gelten. Vielleicht ließen sich befriedigendere Ergebnisse erzielen, wenn es möglich wäre, größere Quantitäten einzuverleiben. Daß die Injektionsmethode nicht mit bedeutenden Gefahren verknüpft ist, hat die Erfahrung ergeben.

Die Arbeit schließt mit einem sehr brauchbaren umfangreichen Literaturverzeichnis.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Zur internen Behandlung der Syphilis, besonders mit Hg-Glidine, von Lewitt. (Fortschr. d. Med., 1911, Nr. 42.) Verf. rechnet Hg-Glidine neben Mergal zu den wirksamsten und empfehlenswertesten Mitteln für eine innere Hg-Kur. Haas-Hamburg.

Über den Einfluß von Heilmitteln der Syphilis (Quecksilber, Jod und Arsen) auf die Immunsubstanzen des Organismus (Hämolysine, Agglutinine und Präzipitine), von Sh. Dohi-Tokio. (Ztschr. f. exper. Pathol., 1909, Bd. 6.) Anschließend an die Kreibichschen Versuche über den Einfluß des Hg auf die bakteriziden Substanzen des normalen menschlichen Organismus studierte Dohi an größeren Versuchsreihen im Tierversuch die Wirkung von Quecksilber, Jod und Arsen auf die Hämolysine und überträgt die gefundene Tatsache vermöge der großen Analogie derselben zu den Bakteriolysinen auf die letzteren. Er beobachtete, daß die Hämolysine gleich nach der Injektion der drei Heilmittel in bestimmter Weise beeinflußt wurden, daß dagegen ein Einfluß auf die Agglutinine und die Präzipitine nicht zu erkennen ist. Die hämolytische Wirkung des Kaninchenserums kam im unmittelbaren Anschluß an die Injektion zu einer deutlichen Abnahme; nach weiteren 8—13 Tagen nahm die Lösungskraft zu, erreichte oder übertraf ihre ursprüngliche Höhe.

Immerhin bezweifelt Verfasser, daß dem nach Kreibichs und seinen Versuchen vorhandenen Einfluß auf die Serumschutzkräfte eine besondere Bedeutung zukommt, da die Ausschläge, besonders im Sinne der positiven Phase, zu gering sind.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Vorteile der Kombination von Arsen und Quecksilber in der Behandlung der Syphilis. (Bull. med., 1912, S. 75.) Längere Diskussion.

Richard Frühwald-Leipzig.

Indikationen des Quecksilbers und des Salvarsans in der Behandlung der Syphilis, von Leredde. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 49.) Nach der Ansicht von Leredde ist das Salvarsan nicht schädlich, wenn der behandelnde Arzt die Technik vollkommen beherrscht und weder Fehler der Asepsis noch Fehler bei der Zubereitung begeht, ferner wenn er kleine Dosen injiziert bei Kranken, deren Nervensystem, Nieren, Herz oder Gefäße affiziert sind (0,005—0,003 pro kg Körpergewicht). Dabei muß er aber trachten, allmählich auf die Normaldosis zu kommen (0,01 pro kg), die man bei sonst normalen Syphilitikern sofort injizieren kann. Alle bisher mitgeteilten Todesfälle sind zu erklären und hätten vermieden werden können, außer 4 oder 5 Fällen unter 850000 Injektionen, welche nicht zu erklären sind, sich aber am natürlichsten durch Fehler der Technik erklären lassen. Leredde verwendet jetzt als gewöhnliches Medikament das Salvarsan, setzt aber hinzu, daß es allerdings besser ist, einen Patienten gut mit Quecksilber zu behandeln als schlecht mit Salvarsan. Von der Kombination beider Mittel hingegen will er nichts wissen. Er wird erst zu dieser Behandlungsmethode übergehen, wenn durch unzweifelhafte Beweise feststeht, daß die Kombination von Quecksilber und Salvarsan in ganz bestimmter Dosis und unter ganz bestimmten Bedingungen die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion schneller zum Schwinden bringt, als eines dieser Mittel allein. Gunsett-Straßburg.

Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie bei Syphilis, von Henry J. Nichols-Washington. (Journ. amer. med. assoc., 2. März 1912.) Zusammenfassende, nichts Neues bietende Übersicht. Verf. hat die subkutane und intramuskuläre Injektion zugunsten der intravenösen verlassen, hebt aber hervor, daß die intramuskuläre Anwendung die besten therapeutischen Resultate ergibt. Fendt-Wiesbaden.

Statistisches und Klinisches zur Salvarsantherapie der Syphilis, von F. Berger-Köln. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Bei den vom Verf. behandelten

Digitized by Google

Patienten handelt es sich ausnahmslos um Angehörige des Militärstandes; es wird also die Kleinheit der Zahl der Fälle aufgewogen durch die Genauigkeit der späteren Kontrolle und der fortlaufenden Beobachtung. Abgesehen von den (15) subkutan und nach verschiedenen Methoden (4) behandelten Fällen wurden 50 Kranke, teils nur mit Primärsyphilid (bei positivem Spirochätenbefund), teils mit späteren Symptomen behaftet, in der Weise behandelt, daß sie zunächst 0,6 Salvarsan intravenös erhielten und am nächsten Tage, resp. sobald etwaige Reaktionserscheinungen vergangen waren, mit einer Schmierkur (5,0 g pro die) begannen. Nach weiteren 14 Tagen erfolgte die zweite intravenöse Salvarsaninjektion in gleicher Stärke, und die Schmierkur wurde bis zum Verbrauch von 120 resp. 150 g je nach der Intensität der ersten Erscheinungen und dem Verhalten der Wassermann-Reaktion fortgesetzt. Es wurde in sämtlichen Fällen ein vollkommener Erfolg erzielt, indem kein einziger Patient, der im Stadium des Primäraffektes zur Behandlung kam, Sekundärerscheinungen entwickelte, und kein einziger der im Sekundärstadium behandelten ein Rezidiv aufgewiesen hat, während einer Beobachtungszeit von 4—10 Monaten. Als besonders beachtenswert mögen zum Kapitel der etwaigen Schädigungen durch oder beim Salvarsangebrauch 2 Fälle von Sinnesverwirrung und das Auftreten von stärkeren schmerzhaften Reaktionserscheinungen an der Mundschleimhaut noch erwähnt sein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sechzehn Monate lange Erfahrungen mit Salvarsan, von G. G. S. Stopford-Taylor und R. W. Mac Kenna-Liverpool. (Brit. med. Journ., 30. März 1912.) Im Laufe von 16 Monaten haben Verfasser 92 Fälle von Syphilis, mit wenigen Ausnahmen Privatpatienten, behandelt. Sie bestätigen durchaus die von der Mehrzahl der deutschen Verfasser veröffentlichten Erfahrungen. Schädigungen des Nervensystems kamen nicht zur Beobachtung; im Gegenteil, es heilten zwei Fälle von syphilitischer Iritis prompt aus, und eine bestehende intensive Schwerhörigkeit erfuhr (wenigstens zeitweilig) eine erfreuliche Besserung. Verfasser empfehlen die intravenöse Einverleibung und die Unterstützung der Behandlung durch Hg. Eine besonders markierte Reaktion kam bei den Injektionen, die allerdings mit großer Vorsicht ausgeführt wurden, niemals vor. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Jahr Salvarsanpraxis, von Bodin. (Bull. méd., 1912, S. 346.) Seine Erfahrungen bringen den Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Salvarsan ist dem Quecksilber bezüglich Wirksamkeit überlegen, 2. in einzelnen Fällen kann es abortiv wirken, 3. das Mittel ist nicht gefährlich, wenn die Kontraindikationen beobachtet werden, wenn nicht mit zu hohen Dosen begonnen und wenn aseptisch gearbeitet wird, 4. die wiederholte intravenöse Injektion ist die beste Methode, 5. die Hg-Therapie soll durch Salvarsan ersetzt werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Einige Mitteilungen über ein neues Antikonzipiens, von Bruch-Berlin. (Fortschr. d. Med., 1912, Nr. 27.) Die vielfachen Gründe, die nach B. den Arzt veranlassen können, den Patienten ein Antikonzipiens zu empfehlen, können hier nicht wiedergegeben werden; man wird sich fast ausnahmslos mit dem V. einverstanden erklären. B. empfiehlt nun auf Grund eigener und befreundeter Kollegen Erfahrung ein neues Präparat „Semori-Tabletten". Kommen dieselben mit dem Vaginalschleim zusammen, so entsteht ein dicker, zäher, kleine CO_2-Bläschen enthaltender Schaum, der den Muttermund völlig vor dem Eindringen der Spermatozoen schützt; die Tabletten sind geruchlos, nicht

Digitized by Google

färbend, enthalten außer Acid. tartar. und Natr. bicarb. einen Zusatz von Borsäure und einen aus der Gruppe der Chinosole stammenden, stark desinfizierenden Körper, so daß sie nicht nur die Spermatozoen, welche sie geradezu aufsuchen, vernichten, sondern auch durch ihre bacterizide Kraft ein hervorragendes Schutzmittel gegen eventuelle Infektionsgefahr bilden. C. Lasch-Breslau.

Über einige Desinfektionsmethoden der Hände und des Operationsfeldes, von Y. Ozaki-Kyoto. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 115, Heft 5—6.) Die mechanische Desinfektion durch Waschung mit Seife und Bürste gibt an und für sich kein gutes Resultat und gewinnt erst als ein vorbereitender Akt bei der Alkohol- bzw. Tannin-Alkoholdesinfektion an Bedeutung. Die mechanische Reinigung entfernt die größte Zahl der oberflächlich angesiedelten Hautmikrophyten samt dem Schmutz; Alkohol bzw. Tanninalkohol schafft die tief liegenden Keime fort. Die Heißwasser-Alkoholdesinfektion nach Ahlfeld ist nach dem Verfasser die beste; sie greift die Haut des Operationsfeldes und die Hände des Operateurs gar nicht an. Dazu ist sie ziemlich einfach und schnell ausführbar. Schourp-Danzig.

Spontangangrän zweier Fingerphalangen bei einem zwei Monate alten Brustkind nach nekrotisierendem Nabelgeschwür und Paronychia streptomycotica, von Emil Wieland-Basel. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 116.) Als Infektionsquelle kam mit der größten Wahrscheinlichkeit das mütterliche Lochialsekret in Betracht, obwohl das Wochenbett regelrecht, das Lochialsekret minimal und geruchlos war. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes des Kindes an der Ammenbrust hörte die Neigung zum Weiterschreiten auf, und es folgte rasche Demarkation der abgestorbenen Teile. Schourp-Danzig.

Die Ausbildung des Urologen, von Hugh Cabot-Boston. (New York med. journ., 25. Mai 1912.) C. erklärt, daß zur Ausbildung des Urologen nicht nur gründliche allgemeine medizinische Kenntnisse, sondern auch vor allem chirurgische Erfahrung gehören, und daß die Zystoskopie nicht in kurzen Monatskursen, sondern in jahrelangem, mit zähem Fleiße betriebenem Studium zu erlernen sei. Außer diesen drei wichtigen Eigenschaften: tiefgegründete Kenntnis der allgemeinen Chirurgie, große Kaltblütigkeit und hoch entwickeltes Geschick in der feineren Handhabung des Zystoskops, muß aber der Urologe auch Erfahrungen in der Prophylaxe der Krankheiten haben und ein Teil seines Studiums den sozialen Fragen der Zeit widmen — was wohl heutzutage die Pflicht jedes gebildeten Arztes sein wird. Stern-München.

Verschiedenes.

Die histologische Rückbildung der Hautsyphilide unter Salvarsan, von Rohrbach. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Diese Arbeit hätte, da sie keine neuen Tatsachen von Bedeutung bringt (vgl. die Arbeit über dasselbe Thema von Lewandowsky) eigentlich nicht verdient, ausführlich kritisch referiert zu werden. Aber sie enthält Angriffe auf die Unnasche Schule, die ich nicht unerwidert lassen möchte, weil das Schweigen in solchen Fällen uns von der anderen Seite als stillschweigende Anerkennung ausgelegt worden ist.

Im Gegensatz zu erfahrenen Histologen — ich nenne nur Ehrmann, Jadassohn, Darier, Boeck — fällt beim Verfasser eine außerordentliche Sicherheit in der Deutung histologischer Resultate und eine frappierende Kühnheit der Schlußfolgerungen sowie eine souveräne Minderachtung älterer, tüchtiger Originalarbeiten auf.

Digitized by Google

In der Einleitung behauptet der Verf., daß vor der Entdeckung der Spirochäten die Syphilisdiagnose mehr auf Ausschluß histologisch ähnlicher Veränderungen als auf charakteristischen positiven Kennzeichen basierte, sich also nicht wie die Tuberkulose verhielte, für die der Tuberkel pathognomosisch sei. Nun ist aber bekannt, daß Klingmüller zu gleicher Zeit mit Jadassohn auf die tuberkuloiden Fälle der Lepra hinwies, also den Tuberkel als Wahrzeichen der Tuberkulose seiner Spezifizität beraubte. Es ist aber auch gar nicht richtig, daß vor der Spirochätenära die Syphilisdiagnose histologisch per exclusionem gestellt werden mußte. Das mag für rasche Augenblicksdiagnosen, besonders bei Anwendung bloßer Kernfärbungen, also für ein notgedrungen flüchtiges Arbeiten, gelten. Bei sorgfältiger, mit guten Färbemethoden durchgeführter Untersuchung verhält es sich ganz anders und es zeigt sich, wie P. G. Unna bereits in seiner Histopathologie vor langer Zeit bewiesen hat, daß jedes Syphilid seine besondere Geschichte besitzt, die eine Verwechslung mit Tuberkulose und anderen Granulomen nicht zuläßt. Speziell der Abbau des Syphilids durch therapeutische Maßnahmen (Quecksilber) ist mit Rücksicht auf die Veränderungen des zelligen Infiltrates ganz ausführlich von P. G. Unna behandelt worden und zwar in einer eigenen Arbeit, die wohl bei dieser Gelegenheit zum Vergleich hinzugezogen zu werden verdient hätte; sie scheint aber dem Verf. gänzlich unbekannt geblieben zu sein[1]).

Da die Schlußfolgerungen über den Einfluß des Salvarsans auf das Syphilid sich eng an die Schilderungen des Baues und der Funktionen der Plasmazellen[2]) anschließen, müssen die Ansichten des Verf. hierüber zuerst erwähnt werden. Die ganze Plasmazellenfrage wird nach den Referaten von Schaffer und Joannovicz dargestellt. Angeblich sollen die Versuche von Nissl, der schon 6 Stunden nach Einführung glühender Nadeln ins Gehirn Plasmazellen auftreten sah, der histogenen Theorie den „Todesstoß" versetzt haben, da in so kurzer Zeit durch Proliferation der Endothelien und Perithelien nicht so viel Plasmazellen sich bilden könnten. Wir Dermatologen brauchen für diese

---

[1]) Unna, Über den Einfluß des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid. Berl. klin. Wochenschr., 1892, Nr. 25. — [2]) Von den mehr als 30 Arbeiten über Plasmazellen aus dem Unnaschen Laboratorium, welche dem Verf. ebenfalls unbekannt geblieben zu sein scheinen, hebe ich als die wichtigsten hervor: Unna, Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr., 1892, Nr. 49, S. 1240. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Hirschwald, Berlin, 1894, s. Regist. Plasmazellen. — Unna, Über Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Kutis. Monatsh. f. prakt. Derm., 1894, Bd. 19, S. 225. — Unna, Über die neueren Protoplasmatheorien und das Spongioplasma. Dtsch. Med.-Ztg., 1895. — Hodara, Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor? Monatsh. f. prakt. Derm., 1896, Bd. 22, S. 53. — Pappenheim, Plasmazellen und Lymphozyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht. Virchows Arch., 1901, Bd. 164, S. 104. — Unna, Plasmazellen. Enzyklop. d. mikrosk. Technik v. Ehrlich, Krause usw., 1902. — Unna, Die Almkvistschen Plasmazellen. Monatsh. f. prakt. Derm., 1902, Bd. 34, S. 297. — Unna, Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, Heft 6/7, Plasmazellen, 1903. — Ehrlich, L, Ursprung der Plasmazellen. Virchows Arch., 1903, Bd. 175. — Unna, Granoplasma. Enzyklop. d. mikrosk. Technik v. Ehrlich, Krause usw., 1910. — Krzysztalowicz, Plasmazellen. Real-Enzyklop., Eulenburg, 4. Aufl., Ergänzungsband, 1912/13. — Krzysztalowicz, Die Gestalt der Plasmome bei Ulcus molle und syphilitischer Initialsklerose. Derm. Studien (Erg. zu Monatsh. f. prakt. Derm.), Bd. 20 (Unna-Festschrift).

Digitized by Google

Frage aber gar keine Anleihe bei den Gehirnforschern zu machen, da wir täglich im Ulcus molle ein entsprechendes Material in Händen haben. Und hier zeigt sich an der eiternden Oberfläche eine klassische Leukozytenemigration und in der Tiefe eine sehr ausgedehnte, rasche Plasmazellenbildung ohne jede Spur jener hypothetischen Lymphozytenemigration. Und die Schnelligkeit der Plasmazellenbildung ist auch gar nicht wunderbar, da es sich dabei primär nur um eine starke Anreicherung der Bindegewebszellen an Granoplasma handelt, gar nicht um Neubildung von Zellen. Sekundär erst wächst die Zellenmenge noch durch Zellteilung und -zerklüftung. Die histogene Theorie befindet sich also trotz der interessanten Beobachtung von Nissl noch sehr wohl.

Die Herkunft der basophilen Substanz in den Plasmazellen kann nicht, wie der Verf. meint, auf den Zerfall chromatischer Kernsubstanzen und Aufnahme in das Protoplasma zurückgeführt werden. Denn, wie der künstliche Transport des Kernchromatins durch Kochsalz beweist, behält dasselbe dabei seine besondere vom Granoplasma durchaus abweichende Tingibilität[1]).

Hätte der Verf. von diesen hochinteressanten Lösungsversuchen Kenntnis genommen, so hätte es ihm wohl sehr fern gelegen, die zackigen Ränder und unregelmäßigen Fortsätze vieler Plasmazellen auf verschiedene Kontraktionszustände der „lebhaft tätigen" Zellen bei verschieden rascher Fixierung zurückzuführen. Ist eine solche lebhafte Bewegung der mit Granoplasma vollgestopften Plasmazellen an und für sich unwahrscheinlich, so kann man sich durch Vergleich rasch in Flemming und langsam in Alkohol fixierter Stücke ein und desselben Plasmoms auch überzeugen, daß ein solcher Unterschied gar nicht existiert. Was der Verf. gesehen aber nicht verstanden hat, ist eben der in der entzündlichen Gewebsflüssigkeit regelmäßig vor sich gehende Abbau der Plasmazellen.

Dahin gehört auch die zuerst von v. Marschalkó als wesentlich hingestellte „juxtanukleäre Vakuole", der lichte Hof in Kernnähe, den bekanntlich durchaus nicht alle Plasmazellen besitzen und die jüngsten, sich von Spindelzellen und großen Plasmazellen abschnürenden jungen Plasmazellen stets vermissen lassen. Auch dieser lichte Hof ist schon eine regressive Erscheinung, der Beginn der Auslaugung besonders der isoliert liegenden Plasmazellen.

Schridde hat bekanntlich nachgewiesen, daß in den Plasmazellen Altmannsche Granula vorkommen und sich besonders häufig in diesem lichten Hof lokalisieren; sie sollen nach seiner Hypothese eine wichtige Funktion im Leben der Plasmazelle besitzen. Rohrbach adoptiert diese Granulahypothese und fährt dann mit beneidenswerter Sicherheit fort: „Der jeweilige funktionelle Zustand der Plasmazellen beeinflußt also in hohem Grade ihr morphologisches Verhalten. Wir finden einmal kleine protoplasmaarme, einkernige Plasmazellen mit schöner, breiter, heller juxtanukleärer Vakuole[2]) — diese wollen wir frische oder funktionstüchtige nennen —, das andere Mal große, zwei- oder mehrkernige Plasmazellen mit breitem, intensiv gefärbtem Protoplasmasaum ohne jede Andeutung einer Vakuole[3]) — diese möchten wir als erschöpfte und überarbeitete (sic!) bezeichnen." Der Autor scheint noch nie ein Plasmom mit zahlreichen direkten Teilungen der Plasmazellen gesehen zu haben. Wer nämlich nur einmal gesehen hat, wie riesige Plasmazellen munter in 3—4 oder mehr Teile sich zerklüften

---

[1]) Unna, Über spontanen und künstlichen Transport von Zellsubstanzen und über Kochsalz als mikrochemisches Reagens. Monatshefte f. prakt. Derm., 1901, Bd. 33, S. 342. — [2]) Also stark abgebaute Plasmazellen. — [3]) Also Plasmazellen auf der Höhe ihrer Entwicklung.

Digitized by Google

und jede der Tochterzellen einen stark tingiblen Kern (sog. Radkern) und ein äußerst stark tingibles, solides, nicht vakuolisiertes Protoplasma — also den ganzen Apparat der Plasmazelle — als Mitgift mitbekommt, kann nicht auf die sinnlose Hypothese verfallen, gerade das Granoplasma der großen Plasmazellen als „erschöpft" und „überarbeitet" hinzustellen.

Von dieser, Schridde's Anschauung noch überflügelnden Hypothese aus wird nun die Funktion der Plasmazellen, von der wir ja — Hand aufs Herz — noch recht wenig wissen, in kategorischem Tone abgehandelt. Den Eindruck aber, den der Verfasser mit seiner Theorie erzeugen will, macht er selbst wieder zunichte, indem er den Plasmazellen nicht eine bestimmte Funktion, sondern gleich eine ganze Reihe von Funktionen auflädt.

Soviel ich sehe, erteilt Rohrbach — immer anderen Verfassern folgend — den Plasmazellen eine rege phagozytäre Rolle nach wenigstens vier Richtungen. Einmal sollen sie — hierin ging Schridde voran — Bakterientoxine in sich aufnehmen, verarbeiten und unschädlich machen, ebenso aber auch ganze Spirochätenreste. Weiter sind sie dazu bestimmt, „gewisse" Stoffwechselprodukte (welche?) aufzunehmen und abzubauen und endlich leben sie von „Eiweißschlacken", die durch Zellzerfall und Untergang lebendigen Protoplasmas frei geworden sind. Wie, frage ich, reimt sich mit einer solchen vielseitigen Tätigkeit, die bei jeder Affektion andere Zell- und Bakterienprodukte den Plasmazellen zuführt, ihr ewig gleicher, monotoner Bau? Wir haben bisher gedacht, daß die sicher verschiedenen Toxine der Tuberkulose, Syphilis, Akne, Trichophytie usw. sich dadurch in ihrer Verschiedenheit bemerkbar machen, daß sie die bereits fertigen, normalen Plasmazellen in der verschiedensten Weise morphologisch und tinktoriell verändern. Nun sollen aber diese verschiedenen Toxine und Zerfallsprodukte in den Leib von Lymphozyten eingehen, in diesen gefesselt und abgebaut werden und dadurch soll immer ein und dieselbe „funktionstüchtige", d. h. nach Rohrbach die vakuoläre Form der Plasmazellen herauskommen? Abgesehen davon, daß der Verf. von diesen viererlei heterogenen Stoffen in den Plasmazellen nicht einen einzigen nachweist, mutet er doch der armen Plasmazelle eine in der Zellgeschichte noch nicht dagewesene Vielgeschäftigkeit zu. Auffallend ist übrigens bei dieser doch außerordentlich starken phagozytären Kraft der Plasmazelle, daß der Verf. ihr nicht auch noch den Schwund des elastischen Gewebes zuschreibt. Denn jeder Dermatohistologe weiß doch, daß der Schwund des Elastins ein nie fehlendes Symptom des Plasmoms ist. Aber gerade in dem Schwund des Elastins sieht der Verf. nicht eine Wirkung der Plasmazellen, sondern eine direkte Salvarsanwirkung. Es ist denn auch nicht weiter verwunderlich, daß die Rückbildung der Plasmazellen, zuerst in stark granoplasmahaltige und dann gewöhnliche Spindelzellen (z. B. bei jedem heilenden Lupusfibrom) deshalb für unwahrscheinlich erklärt wird, da die Plasmazellen durch Aufnahme fremden Materials geschädigt seien.

Die Folgerungen, welche der Verfasser für die Salvarsanwirkung zieht, sind nun genau so, wie es sich bei der Art der Fundierung seiner Plasmazellenanschauung erwarten läßt. Er findet bald nach der ersten Salvarsaninjektion in den bis dahin an „funktionstüchtigen"[1]) Plasmazellen reichen, an „erschöpften"[2]) Plasmazellen armen Syphiliden eine bedeutende Vermehrung der letzteren und Verminderung der ersteren und erklärt das in der Weise, daß durch die direkte Verarbeitung der Endotoxine und Leibestrümmer von Spirochäten die vorher kleinen, zierlichen und vakuolisierten Plasmazellen vollständig erschöpft und dadurch ganz solide, dick und groß geworden sind.

---

[1]) Also atrophischen. — [2]) Also großen, normalen.

Digitized by Google

Gewiß, Falstaff sagte auch schon: „Kummer und Sorgen machen den Leib schwellen."

Ich glaube, der Verfasser hätte für diese erstaunliche Begebenheit bei einiger Literaturkenntnis eine einfachere und plausiblere Erklärung finden können. P. G. Unna hat bereits vor mehr als 20 Jahren nachgewiesen, daß das erste Stadium der Abheilung eines Syphilids eine Eintrocknung desselben ist, histologisch gekennzeichnet durch den Rückgang allein des Gefäßbaumes, während alle Plasmazellen zunächst erhalten bleiben. Dieser Prozeß ist vor kurzem genau ebenso von Lewandowsky für den Salvarsanrückgang des Syphilids beschrieben worden und ist ja sehr erklärlich, da der Gefäßbaum das Hauptterrain der Spirochäten ist. Nun ist es ein allgemeines, von P. G. Unna oft angeführtes Gesetz, daß die großen Plasmazellen sich nur auf einem trocknen Gewebsterrain halten, auf einem feuchten bald dem Abbau verfallen. Es ist nur eine natürliche Folge hiervon, daß nach der Salvarsaninjektion die vorhandenen Plasmazellen sich erhalten und sie sowie die neu entstehenden zunächst nicht dem Abbau verfallen. Das ist eine einfache Folge der Eintrocknung des Gewebes.

Es kommt aber noch besser. „Bei weiterer intensiver Salvarsanzufuhr sieht man . . . vier Wochen nach Beginn der Behandlung an Stelle des dichten Infiltrates erschöpfter[1]) Plasmazellen ganz wenige funktionstüchtige Exemplare, weil das Virus vorläufig oder definitiv größtenteils vernichtet ist und ein neuer Zerfall erheblicher Spirochätenmengen nicht mehr stattgefunden hat." Vorher haben wir gehört, daß die Plasmazellen dazu da sind, die „Totengräber der Spirochäten" zu spielen. Nehmen wir das einmal an, obwohl noch niemand einen Spirochätenrest in ihrem Leibe gesehen hat. Und nun sind sie glücklich tot. Wozu denn nun noch wieder neue „funktionstüchtige" Plasmazellen? Was die Syphilis doch nicht alles zuwege bringt. Ich brauche wohl kaum zu bemerken, daß die von Rohrbach gesehenen, so auffallend spät erscheinenden, „funktionstüchtigen" Exemplare selbstverständlich die atrophischen Reste sind, die bei jedem zurückgebildeten Plasmom vorkommen und sich so auch schließlich bei der Heilung des Syphilids einstellen.

Aber der Verfasser hat gar nicht einmal die Freude, daß es mit dieser seiner Theorie immer klappt. Da müssen dann eine Reihe von Hilfshypothesen aushelfen, so das Alter des Syphilids, um hier die auffallende Menge der „erschöpften" oder dort die auffallend geringe Zahl „funktionstüchtiger" Plasmazellen zu erklären. Und schließlich — wenn es gar nicht geht, nämlich —: „finden sich auch bei ausreichender und nicht verzettelter Salvarsanbehandlung nach vier Wochen noch sehr reichlich erschöpfte Plasmazellen, ein seltener Befund — so müssen besondere Umstände im Spiel sein. So sehen wir bei der malignen Lues . . . nach der fünften Infusion immer noch zahlreiche erschöpfte und nur am Rande der Infiltrate ganz vereinzelte frische Plasmazellen. Hier spricht sich auch im histologischen Befunde die Malignität aus".

Mir ist um dieses Kartenhaus des Verfassers bange. Beim Karzinom wenigstens umgeben die schönsten Wälle von großen „erschöpften" Plasmazellen immer gerade die gutartigsten Fälle, während die bösartig in die Tiefe dringenden in den meisten Fällen plasmazellenarm sind. Und so tragen den Verfasser seine Gedankensprünge in die Lüfte unbekümmert darum, daß er längst den soliden Halt auf gut begründeten Tatsachen verloren hat. Wie er mit der Theorie der Endotoxine und des Anaphylaxiegiftes, der Anergie und Sterilisatio magna und fractionata fertig wird und überall Bestätigungen seiner Theorie findet, ist wert nachgelesen zu werden.

---

[1]) d. i. normaler.

Digitized by Google

Nur eine Stelle muß ich noch tiefer hängen. Der Verfasser spricht von der toxin- oder endotoxinbeseitigenden Tätigkeit der „Infiltratzellen", führt dann Massones Versuche an, der Prodigiosuskulturen durch Leukozyten entgiftete und fährt fort: „Der jeweilige funktionelle Zustand der Plasmazellen beeinflußt also in hohem Grade ihr morphologisches Verhalten." Ist diese Auswechslung von Plasmazellen und Leukozyten etwa wissenschaftlich?

Wenn man so weitgehende und unerhörte biologische Schlußfolgerungen aus seinen histopathologischen Daten ziehen will, wie Rohrbach es tut, so muß man doch wenigstens eindeutige und unbestrittene Daten als Fundament der neuen Lehre zur Verfügung haben. Dazu genügt es aber doch nicht, die seiner eigenen Lymphozytentheorie entgegenstehenden und oftmals geltend gemachten Bedenken einfach mit Stillschweigen zu übergehen und nur diejenigen Verfasser aufzuführen, welche auch Anhänger der Lymphozytentheorie sind wie er. Sondern gerade bei dieser Arbeit, wo das Entstehen und Vergehen der Plasmazellen bei einem bestimmten Prozesse geschildert werden sollte, war es wissenschaftliche Pflicht des Verfassers, der Streitfrage: ob Lymphozytenemigration, ob histogene Abkunft der Plasmazellen, durch eigene Arbeit, nicht durch einseitig ausgewählte Zitate, näher zu treten und sie für seinen Fall einer Entscheidung wenigstens etwas näher zu führen. Was gehen die Leser bei der Entstehung und dem Abbau von Syphiliden die Experimente an Tieren von Maximow, Nissl u. a. an, da doch an dem vorliegenden Objekte selbst, den Hautgranulomen im allgemeinen und an der Hautsyphilis im besondern bereits ganz bestimmte Untersuchungen gemacht sind, deren Resultate gerade für die entgegengesetzte, die histogene Abkunft der Plasmazellen, reden? Jeder Leser erwartet doch bei der Bestimmtheit mit der die letztere hier tot gesagt wird, daß der Verfasser uns nun, wenigstens in einigen seiner Fälle, den Lymphozytenstrom, der das Gewebe befruchten soll, aufzeige, um seine These zu rechtfertigen. Aber hiervon ist nirgends die Rede, trotzdem 16 verschiedene histologische Bilder vorgeführt werden. Mir aber erscheint es eines Dermatologen würdiger, wenn er das ihm zu Gebote stehende, plasmazellenreiche Material mit den in seinem Besitz befindlichen vorzüglichen Färbemethoden für die Entscheidung dieser Frage selbst verwertet, anstatt auf den verschiedensten Gebieten der Pathologie eine Anleihe zu machen, besonders wo es ihm bekannt sein dürfte, daß die Entdecker der Plasmazellen und Mastzellen, P. G. Unna und Paul Ehrlich, heute noch wie vor 20 Jahren eine entzündliche Lymphozytose rundweg verwerfen[1]).

Paul Unna jun.

Geh. Med.-Rat Prof. A. Neisser wurde für das Studienjahr 1912/13 zum Dekan der medizinischen Fakultät Breslau gewählt.

---

[1]) Nebenbei will ich erwähnen, daß die Plasmazellen nach den neuesten Forschungen sekundäre Sauerstofforte des Gewebes sind. Wie nämlich aus den letzten Arbeiten von P. G. Unna (P. G. Unna, Die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes. Arch. f. mikrosk. Anat., 1911, Bd. 78. — P. G. Unna und Golodetz, Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei. Derm. Stud., 1911, Bd. 22) hervorgeht, enthält das „erschöpfte" Granoplasma viel freien Sauerstoff. Auf diesem **Faktum** könnte der Verfasser also vielleicht eine besser fundierte Theorie der Entgiftung aufbauen als auf einem unsicheren Analogieschluß Schridde's, der wieder auf einer bloßen Hypothese von Altmann basiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. September 1912 | Nr. 37 | Band 55

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Moskau. (Vorstand: Prof. I. Th. Selenew.)

Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen und gegen Kohlensäureschnee.

Von

Priv.-Doz. Dr. S. Bogrow und Dr. Th. Grintschar.

Die Frage von der Idiosynkrasie gegen X-Strahlen wird in der Röntgenologie seit langer Zeit für außerordentlich wichtig gehalten, da bei öfterem Vorkommen diesbezüglicher Beobachtungen keine therapeutische Anwendung der großen Erfindung von Röntgen möglich sein würde. Glücklicherweise kommen aber Fälle, die zu dieser Kategorie zugezählt werden, mit weiteren Fortschritten der Röntgentechnik viel seltener vor und werden noch dazu von manchen als Irrtümer infolge dieser oder jener technischen Fehler angesehen. Solche Autoritäten in der Röntgentherapie, wie Kienböck, Holzknecht und Gocht behaupten sogar, daß sie nach Einführung der direkten Dosimeter, mit deren Hilfe die gegebene Dosis der Röntgenenergie genau gemessen werden kann, keine Fälle mehr gesehen haben, zu deren Erklärung sie die Annahme besonderer Idiosynkrasie heranziehen müßten. Einige von Autoren bemerken aber, daß sie doch die Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen nicht für gänzlich ausgeschlossen halten. So z. B. H. E. Schmidt, für den überhaupt alle veröffentlichte Fälle in dieser Beziehung nicht beweiskräftig zu sein scheinen und der, noch vor kurzem die neuesten Publikationen (Krause u. a.) einer strengen Kritik unterzogen hat, schreibt in seinem „Kompendium“ (S. 71) folgendes: „Ob es eine eigentliche Idiosynkrasie in dem Sinne gibt, daß eine Bestrahlung, welche bei einem Individuum z. B. einen unkomplizierten Haarausfall hervorruft, bei einem anderen eine Nekrose der Haut erzeugt, dürfte nicht ganz leicht zu entscheiden sein. Von vornherein erscheint die Annahme einer derartigen Idiosynkrasie, wie sie ja z. B. auch gegen Ultraviolettstrahlen (Gletscherbrand) und gegen alle möglichen Medikamente (Jod, Quecksilber usw.) besteht, durchaus gerechtfertigt.“ Fr. Schultz bespricht die forensische Bedeutung der Röntgendermatitiden und drückt sich dabei (S. 44) aus, daß der Sachverständige theoretisch auf dem Standpunkte stehen muß, daß die Möglichkeit einer Idiosynkrasie oder Überempfindlichkeit vor-

Digitized by Google

liegen kann, indem beide Reaktionszustände der Haut nur in quantitativer Hinsicht ähnlich wie das JADASSOHN (bei Arzneiexanthemen) tut unterschieden werden können (S. 43). Gewiß muß in jedem konkreten Falle zur Sicherstellung dieses Zustandes eine Überdosierung unbedingt ausgeschlossen sein. Solche Fehler sind aber leicht möglich und die Mitteilungen sind zum großen Teil gerade in dieser Richtung lückenhaft, da hier zu starke Reaktion ohne Anzeigen eines direkten Dosimeters bekommen wurde. In anderen Fällen, wie z. B. in der oben zitierten Beobachtung von KRAUSE (erosive Dermatitis nach ein drittel Erythemdosis ohne Angabe der Röhrenhärte) kann man annehmen, daß die Röhre sehr weich war, was eine ungenügende Verfärbung des Dosimeters zur Folge haben muß (SCHMIDT). Noch ist ein Fehler von seiten des Dosimeters selbst nicht ausgeschlossen, da KRAUSE mit KIENBÖCKS Quantimeter gearbeitet hat, welches jetzt mehr und mehr in Mißkredit fällt (BUCKY, CHRISTEN, LOEB und sogar KIENBÖCK selbst). Französische Autoren (Rundfrage von ARCELIN) haben ziemlich oft Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen beobachtet: z. T. kann das auch durch Unempfindlichkeit des Radiochromometers von BORDIER erklärt werden (SPÉDER), z. T. sind es wirkliche Idiosynkrasiefälle (NOIRÉ, SPÉDER, ARCELIN).

Als ein indirekter Beweis der Möglichkeit einer Idiosynkrasie kann das unstreitbare öftere Vorkommen kleiner Schwankungen der Intensität der Reaktion bei Röntgenbestrahlungen verschiedener Personen (individuelle Disposition) und verschiedener Hautbezirke bei einem und demselben Individuum (regionäre Disposition) angesehen werden. Nach HOLZKNECHT bekommt man Erythem an normaler Gesichtshaut bei jugendlichen Individuen nach 2—3 H, bei älteren nach 4 H, an Streckseiten der Gelenke, am Rumpfe, Handtellern und Fußsohlen nach 5—7 H, an Beugeflächen der Gelenke nach 4—6 H. KIENBÖCK betont höhere Radiosensibilität der Kinder in Vergleich zu Erwachsenen, der Frauen in Vergleich zu Männern. ROMINGER beobachtete höhere Empfindlichkeit bei Personen mit schwacher Pigmentierung der Hautdecke (helle Behaarung und Regenbogenhaut). Dasselbe behaupten GOCHT und THEDERING. Mit viel größeren Ablenkungen von normaler Reaktion begegnen wir bei pathologischen Veränderungen der Hautdecke: hoch radiosensibel ist die Haut bei leukämischen Erkrankungen, bei Schuppenflechte, Granuloma fungoides, wobei manchmal Erythem nach Applikation von $^1/_8$ Erythemdosis bei mittelweichen Strahlen (5 W) zustande kommen kann. Beschrieben wurden Erytheme nach Anwendung schwacher Dosen bei Acne vulgaris (KÄSTLE), Neurodermitis chronica (THEDERING), Lepra maculosa (SCHULTZ) u. a.[1]).

[1]) In Übereinstimmung mit BODIN haben wir öfters bei Röntgenisation der behaarten Kopfhaut (Favus, Herpes tonsurans) und des Bartes (Sycosis simpl.) zu Epi-

Digitized by Google

Versuche mit künstlicher Erhöhung der Empfindlichkeit (Sensibilisation) der Haut haben gezeigt, daß Verbesserung der Blutzufuhr (aktive Hyperämie) Verstärkung der Reaktion zur Folge hat, umgekehrt durch Abnahme der Schnelle des Blutstroms (Stauungshyperämie, Ischämie) die Reaktion schwächer wird. Andererseits haben die Untersuchungen von Schultz den Zusammenhang der Radiosensibilität mit spezifischem Gewichte der Gewebe bewiesen, welches seinerseits dem Werte der Absorption der Röntgenenergie proportionell ist. Schwankungen beider Faktoren (der Blutzufuhr und des spezifischen Gewichtes), die zweifellos möglich sind, können zu anormalen Änderungen der Empfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen führen. Vielleicht ist die stärkere Reaktionsfähigkeit der pathologisch veränderten Gewebe durch diese Schwankungen zu erklären.

Ganz abgesondert von der Idiosynkrasiefrage soll die Frage von Frühreaktion (Schmidt) oder Vorreaktion (Holzknecht) besprochen werden. Anormal früh entstandenes (5—24 Stunden nach der Röntgenbestrahlung) Erythem, das entweder bald vollkommen verschwindet oder zur gewöhnlichen Frist in erwartete Reaktion übergeht, wird von verschiedenen Autoren in manchen Beziehungen ganz verschieden geschildert: einige (Brauer) beobachten diese zu frühe Rötung fast in allen behandelten Fällen und halten sie deswegen für normale Erscheinung (Primärerythem), andere (Schmidt) bemerken sie nur bei bestimmter Kategorie der Kranken mit labilem Gefäßsystem (hauptsächlich bei M. Basedowii), dritte konnten überhaupt keine Regelmäßigkeit im Vorkommen der Frühreaktion konstatieren (Fr. Schultz). Zweifellos ist aber, daß die Arbeit mit besonders weichen Lindemannschen Röhren (Albers-Schönberg) oder die Anwendung großer Dosen von Röntgenstrahlen auf desensibilisierter Haut (artifizielle Ischämie infolge von Injektionen der Adrenalin-Novokain-Lösung, nach Reicher-Lenz) Frühreaktion ziemlich oft hervorruft. Deswegen könnte die Frühreaktion eher als Resultat der Hautreizung durch bis jetzt nicht fest bestimmte physische Faktoren, und nicht als Erscheinung der Überempfindlichkeit der Haut angesehen werden. Über die Natur dieser physischen Einflüsse gibt es noch weniger Übereinstimmung der Meinungen, als in den klinischen Beobachtungen über die Frühreaktion.

Im Gegensatz zu der umfangreichen Literatur, die der sog. Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen gewidmet ist, ist die Frage von der Überempfindlichkeit gegen Schneekohlensäure eben nur angedeutet.

---

lationszwecken (ungefähr $^5/_8$ Eryth. D.) diffuse Röte und große Anzahl von Pusteln und suppurativen Knoten vor dem Haarausfall beobachtet. Wahrscheinlich muß diese Reaktion durch Anwesenheit besonders virulenter gewöhnlicher Eiterkokken erklärt werden.

Digitized by Google

Pusey, der Pionier dieser Behandlungsmethode, betont in seiner Übersicht, die der alljährlichen Versammlung der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft zu Washington (1910) vorgetragen wurde, das Vorkommen individueller Schwankungen der Reaktion nach Anwendung des Kohlensäureschnees. Indem von der Kraft, mit welcher der zusammengepreßte Schnee auf die Haut aufgedrückt wird, die Tiefe der Refrigeration der Gewebe abhängt, wirkt auf die Intensität der nachfolgenden Reaktion die Dauer dieses Gefrorenbleibens. Die Anwendung der Kohlensäure während 5—10 Sekunden ruft eine trockene Hautentzündung hervor, nach 20—30 Sekunden langer Applikation entsteht eine Blase mit einiger nachfolgenden Sklerose der Gewebe in Form von weißlichen Bezirken, nach Séancen von einer Minute und größerer Dauer bekommt man eine Blase oder öfter einen trockenen dünnen Schorf, der nach 2—3 Wochen abfällt und durch eine weiche, dünne, faltbare Narbe ersetzt wird. Abweichungen von dieser normalen Reaktion werden durch anatomische Veränderungen verursacht. Bei Hornauflagerungen ist die Reaktion schwächer, auf Stellen mit verlangsamter Blutzirkulation (distale Enden der Extremitäten) stärker. Andererseits ist die Haut bei Kindern und Weibern (mit blonden Haaren) empfindlicher: z. B. Kinder im Alter vor einem Jahre reagieren 3—4mal stärker als Erwachsene. Außerdem beobachtete Pusey hohe Sensibilität der Haut nach Röntgen- oder Radiumveränderungen: diese Tatsache soll mit schwächerem Zufluß des Blutes infolge von partieller Obliteration der Kapilläre und mit erhöhter Empfindlichkeit des Endothels in Zusammenhang stehen. Die Empfindlichkeit der Kinderhaut hat auch Hall-Edwards bemerkt.

Seit mehreren Jahren haben wir Gelegenheit nur einen Fall zu beobachten, welcher bei Behandlung mit Röntgenstrahlen und später auch in Beziehung zur Schneekohlensäure anormale Empfindlichkeit zeigte.

Historia morbi, Nr. 14 (1908—09 Röntgenabteillung).

18jähriges Mädchen, Dorothea B., Magd von Profession, besuchte die Klinik für Hautkrankheiten im Herbst 1908 wegen eines begrenzten Herdes von Lupus vulgaris an der rechten Hinterbacke.

Anamnese. Die Krankheit existiert von frühem Kindalter. Im 3. J. litt die Kranke an Variola, im 8. J. Morbilli. Im Alter von 10. J. Spondylitis der Halswirbel ohne Eiterung mit nachfolgender Verschiebung und Verwachsungen der Wirbel. Menstrua seit 17 J. regelmäßig ohne Schmerzen.

Heredität. Vater, 50 J. alt, leidet an Herzanfällen. Mutter, 35 J. alt, starb an akuter Erkrankung (Paralyse?). Von 12 Geschwistern starben 7 als kleine Kinder. Übrige gesund, außer einer 12jährigen Schwester mit Spina ventosa an einem Finger der Hand.

St. pr. An der rechten Hinterbacke, etwas nach außen von der Mitte, befindet sich eine erhabene, ovale, lividblaue, pflaumengroße Masse, welche bei Anämisierung ihre Be-

Digitized by Google

standteile, einzelne gelbbraune Knötchen zeigt. Keine subjektiven Beschwerden. Haut am Körper blaß. Dermographismus mäßig ausgesprochen: besonders am Rücken und auf den Hinterbacken, wo nach mechanischem Reiz rosaroter Streifen entsteht, etwas anschwillt und noch nach $^1/_2$ Stunde zu sehen ist. Starke Reaktion v. Pirquet an den Oberarmen. Lymphdrüsen normal. Lungen ohne besonderen Befund. Spatia supraclavicularia eingezogen. Pulsfrequenz 78 in 1 Min., rhythmisch. Herzgröße und Töne normal. Blutuntersuchung: Hämoglobingehalt 100%, Zahl der roten Blutkörperchen 4,390,000, Zahl der weißen Blutkörperchen 8380, Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen 1 : 524; morphologischer Bestand der weißen Blutkörperchen: Neutrophile 74,4%, Lymphozyten 14,1%, Mononukleäre 9,1%, Eosinophile 2,4%. Urin strohgelb, klar, sp. G. 1012, ohne Albumen, Zucker und Indikan. Im zentrifugierten Niederschlag Epithelzellen und einzelne Leukozyten. Keine Kristalle. Bei Untersuchung des Knochenskeletts folgender Befund: starke Kyphose des oberen Teiles der Wirbelsäule. Die Spitze entspricht VI.—VII. Halswirbel. Leichte Lordose der oberen Halswirbel und starke Lordose der unteren Brustwirbel. Keine Skoliose.

Wegen der hypertrophischen Form des Lupus und seines gutartigen Verlaufes (Begrenzung, keine Nekrose), entschlossen wir uns, Röntgentherapie in refracta Dosi anzuwenden, was bei Abwesenheit starker reaktiver Erscheinungen nach unserer Erfahrung bei Lupusbehandlung guten Erfolg gibt. Dosierung nach Schmidt, d. h. Eichen der Röhren vor der Behandlung und Arbeit mit konstant erhaltenen Röhren, aber ähnlich wie es neuerdings Meyer empfiehlt, in verschiedener ausgerechneter Entfernung. Als Dosimeter wurde Kienböcks Quantimeter benutzt. Als Kontrolle der gegebenen Dosis diente die Reaktion bei gleichzeitig behandelten Kranken.

16. X. 1908. 1. Bestrahlung in der Mitte der rechten Hinterbacke (Lupusherd). Mit Bleischilden wurde die linke Hinterbacke, die Lendengegend und hintere Fläche der Oberschenkel bedeckt. Dosis — $3^1/_2$ X (Séancedauer 7 Min., sekundäre Stromstärke 1,8 MA., parallele Funkenstrecke 14 cm, Abstand der Antikathode 25 cm.)

30. X. 2. Bestrahlung ebenda. Dosis 5 X (6 Min., 1,8 MA., 14 cm Funkenstrecke, 20 cm Abstand).

Kontrollbestrahlung mit derselben Röhre.

K., Sycosis simplex (Hist. morbi, Nr. 16, 1908, 1909) 19. X. 5 Min., 1,8 MA., 14 cm Funkenstrecke, 18 cm Abstand. Dosis 5 X. Anfang des Haarausfalles ohne Erythem nach 2 Wochen.

6. XI. Hyperämie der rechten Hinterbacke.

13. XI. Im Zentrum des Erythemherdes kommt eine Erosion zum Vorschein. Kalte Bleiwasserumschläge.

20. XI. Dermatitis milder. Erosion noch nicht geheilt.

27. XI. Reaktion fast verschwunden. Schwache Hyperämie.

4. XII. III. Bestrahlung — äußerer Teil der rechten Hinterbacke. Mit Bleischilden obere und innere Teile der Hinterbacke bedeckt. Dosis 5 X (4 Min., 2 MA., 14 cm Funkenstrecke, 18 cm Abstand von der Antikathode).

Kontrollbestrahlung mit derselben Röhre.

M. (Favus, Hist. morbi, Nr. 30, 1908, 1909) 27. XI. 4 Min., 2 MA., 14 cm Funkenstrecke, 18 cm Abstand. Dosis 5 X. Epilation ohne Erythem, nach 2 Wochen angefangen.

8. I. 1909. Die Kranke hatte kleine jetzt verschwundene Röte an Stelle der Belichtung. Lupöse Infiltration flacher geworden.

IV. Bestrahlung. Mitte der rechten Hinterbacke. Bedeckt dieselben Teile

Digitized by Google

wie bei der ersten und zweiten Sitzung. Dosis 8X (4 Min., 2 MA., Funkenstrecke 12 cm, Abstand 14 cm).

Kontrollbestrahlung mit derselben Röhre.

K. (Hypertrichosis, Hist. morbi, Nr. 34, 1908, 1909).

8. I. 1908. Dosis 5X (4 Min., 2 MA., 12 cm Funkenstrecke, 18 cm Abstand). Vollständiger Haarausfall ohne Erythem nach 3 Wochen.

22. I. Starke Dermatitis mit tiefer Erosion im Zentrum und oberflächlichen Erosionen in peripheren Teilen der rechten Hinterbacke. Kalte Umschläge aus Bleiwasser.

7. II. Periphere Teile fast geheilt.

21. II. Erosion bleibt nur im Zentrum.

9. IV. Erosion fast geheilt.

V. Bestrahlung des unteren Teiles der rechten Hinterbacke (einige verdächtige Knötchen in der rechten glutäofemoralen Falte). Oberer Teil der rechten Hinterbacke zugedeckt. Dosis 3 X. (2 Minuten, 2,2 MA., 13 cm Funkenstrecke, 18 cm Fokusabstand.)

17. IV. VI. Bestrahlung des inneren Teiles der rechten Hinterbacke, äußerer und oberer Teil der Hinterbacke zugedeckt. Dosis 4,5 X (4 Minuten, 2,2 MA., 13 cm Funkenstrecke, 20 cm Fokusabstand).

Kontrollbestrahlung mit derselben Röhre.

B., Kerion Celsi (Hist. morbi Nr. 40, 1908, 1909). 7. IV. und 15. IV. Bestrahlungen an verschiedenen Stellen (von $3^1/_2$ Minuten Dauer, 2,2 MA. Stromstärke, 13 cm Funkenstrecke, 18 cm Abstand). Dosis 5 X. Anfang des Haarausfalles nach 2 Wochen.

27. IV. Leichtes Erythem in innerem und unterem Quadranten der Hinterbacke. Die Kranke wegen des Sommers entlassen.

27. IX. 1909. Bei Untersuchung der rechten Hinterbacke erscheint die ganze unter der Wirkung der X-Strahlen gestandene Fläche als superfizielle leicht faltbare Narbe, die mit mehreren kleinen verzweigten Hautgefäßen wie besät ist. Teleangiektatische Herde sind durch gefäßarme Bezirke getrennt, was dieser Region ein besonderes marmoriertes Aussehen schafft. An Stelle des Lupusherdes begrenzte harte Narbe.

16. I. 1910. Die Narbe am Lupusherde wird hypertrophisch. Auf das Keloid wird die Borksche Paste aufgelegt. (Ac. pyrogallici, Ac. salicylici, Resorcini, Vaselini āā 10, MDS.)

7. III. 1911. Atrophische Narbe mit Teleangiektasien an rechter Hinterbacke unverändert. Das pflaumengroße Keloid ist flacher geworden.

Um diesen Teil unserer Beobachtung zu resümieren, müssen wir den Fall als eigenartige Reaktionsfähigkeit der Haut der Hinterbacke bei einem Mädchen mit Lup. vulg. und Kyphose der Halswirbel (Spondylitis tbc.?) bezeichnen. Es ist eine etwas gesteigerte Empfindlichkeit gegen mechanische Reize (Dermographismus zweiten Grades) und zugleich gesteigerte Sensibilität gegen Röntgenstrahlen vorhanden. Am Anfange der Behandlung wurde zweimal das Zentrum der rechten Natis bestrahlt. Das erstemal mit $3^1/_2$X, das zweitemal nach zwei Wochen (Ende der Inkubationsperiode) mit 5 X. Schon eine Woche später nach der zweiten Bestrahlung entstand ein Erythem, das sich in eine milde erosive Dermatitis verwandelte und einen Monat zur Heilung brauchte. Die Sitzung

Digitized by Google

mit 5 X führte an anderer Stelle zu einem unkomplizierten Erythem. Die Stelle der ersten Dermatitis zum drittenmal (einen Monat nach der Heilung) mit 8 X bestrahlt, zeigte eine starke erosive Dermatitis, zu deren Heilung schon drei Monate kaum ausreichten. Endlich Bestrahlung zweier verschiedener aber benachbarter Stellen im Zwischenraum von einer Woche mit 3 X und mit $4^1/_2$ X führte zur Erythembildung an der Grenze beider Bezirke. Nach fünf Monaten zeigte die ganze behandelte Fläche typische Röntgenatrophie der Haut mit Teleangiektasien.

Zur Analyse dieser Werte brauchen wir anzunehmen, daß normale Reaktion in Form von Erythem nach 10 X (Kienböcks Einheiten) entsteht. Bei unserer Kranken wurden in erster Serie zwei Sitzungen in zweiwöchentlichem Abstand und mit gesamten $8^1/_2$ X Strahlenmenge angewendet, d. i. Bestrahlung mit einer Dosis, die unter der Erythemdosis steht, führte zur Reaktion zweiten Grades. Nach wiederholter Bestrahlung derselben Stelle mit 8 X, in einer Sitzung brach eine starke erosive Dermatitis auf, die nur nach drei Monaten heilte. Auf anderen Stellen, die schwächer (mit 3, $4^1/_2$ und 5 X) bestrahlt wurden, entstand einfaches Erythem dort, wo die Dosis 5 X (oder etwas weniger) erreichte. Beim Zusammenstellen dieser Zahlen mit normalen sieht man, daß die Haut unserer Kranken ungefähr doppelt so stark reagiert, als es gewöhnlich beobachtet wird.

Gegen unseren Schluß könnte man zwei Einwände machen. Erstens arbeiteten wir mit Kienböcks Quantimeter, mit welchem leicht Fehler (bei Entwicklung und Vorbereitung der Streifen) vorkommen. Aber wir haben um in der Konstanz der Röhren überzeugt zu sein, immer auch die indirekte Dosimetrie (sekundäre Stromstärke, parallele Funkenstrecke, Fokaldistanz und Dauer der Exposition) nicht aus dem Auge gelassen. Auch haben wir Kontrollbestrahlungen zur Verfügung: nämlich wir haben bei denselben Bedingungen an denselben oder nächsten Tagen bei anderen Personen die Epilationsdosis bestimmt, die wie gewöhnlich ungefähr $^1/_2$ Erythemdosis (5 X) gleich ist. Der andere Einwurf, daß wir mit kranker also empfindlicherer Haut zu tun haben, kann durch Abwesenheit solcher Empfindlichkeit in anderen Lupus vulg.-Fällen und durch Vorhandensein dieser Sensibilität bei unserer Kranken außer den Grenzen des Lupusherdes widerlegt werden. Endlich haben wir bei unserer Patientin zum Beweis ganz gesunde Fläche an linker Natis. 27. IX. 1911 röntgenisiert. Dosis 5 X (0,5 MA., 10 cm Funkenstrecke, 16 cm Abstand, 8 Min.). An dritter Woche entwickelte sich ein leichtes Erythem, dessen Spuren noch zwei Wochen verfolgt werden konnten. Deswegen muß die Überempfindlichkeit der Haut auch in ganz gesunden Bezirken außer Zweifel gesetzt werden.

Digitized by Google

Am Ende 1910 haben wir bei der Kranken Behandlung mit Kohlensäureschnee zum Zwecke der Beseitigung der Teleangiektasien an der Röntgennarbe vorgenommen, wie wir es oft mit Erfolg bei Gefäßnävi und Rosazea tun.

22. XII. 1910. I. Anwendung des Schnees in der Mitte der rechten Hinterbacke. Dauer 40 Sekunden, Druck mäßiger Stärke.

10. I. 1911. An behandelter Stelle dunkelbrauner, trockener, festsitzender Schorf. Nach gezwungenem Aufheben des letzteren kommt eine exulzerierte, blutende, eingesunkene Fläche zum Vorschein.

12. II. Allmählich heilte das Ulkus und hinterließ eine vertiefte marmorweiße Narbe. An demselben Tage zweite Séance auf der linken (gesunden) Natis. Dauer der Applikation 40 Sek.

22. II. Fester dunkelbrauner Schorf. 10. III. Narbe entstanden.

Im September waren beide Narben leicht zu bemerken. Die Teleangiektasien am Orte der ersten Applikation gänzlich verschwunden.

9. XI. Dritte Séance in äußerem Teile der rechten Hinterbacke. Dauer 25 Sekunden.

15. XI. Dunkler Schorf entsprechend den behandelten Punkten.

27. XI. Ulkus gereinigt.

6. XII. Heilung weiter geschritten.

15. XII. An Stelle des Ulkus feste Narbe ohne Teleangiektasien.

16. I. 1912. Vierte Ätzung der inneren Teile der Hinterbacke mit Kohlensäureschnee. Dauer 15 Sekunden.

1. II. Tiefes Geschwür ohne Schorf.

7. II. und 21. II. Geschwür noch nicht geheilt.

5. III. Narbe ohne Teleangiektasien entstanden.

10. IV. Fünfte Séance (Dauer 15 Sekunden) an innerem und unterem Quadranten der rechten Natis.

17. IV. Geschwür z. T. mit Schorf bedeckt.

24. IV. Schorf noch nicht abgefallen. Außer einem kleinen unbehandelten Bezirke (unterer Teil der Hinterbacke) sind keine Gefäßerweiterungen an Stelle der Röntgennarbe zu sehen. Keloid fast unbemerkbar.

Aus dargelegter Krankengeschichte geht hervor, daß Kohlensäureätzungen der Röntgennarbe bei 40, 25 und 15 Sekunden langer Applikation in unserem Falle Bildung trockener gangrenöser Schorfe zur Folge hatten und daß zum Abfall des Schorfes ungefähr 15, zur Heilung des Geschwürs sogar 30—50 Tage nötig waren. So eine Reaktion ist gewiß übermäßig, da nach unseren Beobachtungen (Grintschar) 15 Sekunden lange Séancen gewöhnlich nur ein Erythem ohne nachfolgender Narbe hervorrufen. Bei Dauer von 30 Sekunden bekommt man eine Bulla mit nachfolgender blasser atrophischer Narbe. Sogar $1^1/_2$—2 Minuten lange Ätzungen (bei Epitheliomen und veralteten Lupus erythematodes-Fällen) werden nie von Nekrosen begleitet. Die Intensität der Reaktion der vorhandenen Röntgenatrophie zuzuschreiben, was auf Grund oben angeführter Meinung Pusseys leicht denkbar wäre, haben wir keinen Grund,

Digitized by Google

da wir bei anderen Röntgenatrophodermien (Teleangiektasien der Gesichtshaut nach radikaler Röntgenbehandlung der Sykosis) nach 30 Sekunden langen Sitzungen Reaktion gewöhnlicher Stärke — Blase und oberflächliche Narbe — bekommen haben. Außerdem sehen wir bei unserer Kranken nach Anwendung des Kohlensäureschnees auch auf ganz gesunden Stellen (linke Hinterbacke) anormal starke Reaktion (Nekrose, die zur Heilung 26 Tage brauchte) entstehen. Deswegen muß in unserem Falle auch eine Überempfindlichkeit zur Schneekohlensäure angenommen werden.

Was die Ursache dieser vielseitigen Überempfindlichkeit (gegen mechanische Reize, Röntgenstrahlen, Kohlensäureschnee) anbetrifft, so könnte sie unseres Erachtens vielleicht mit zirkulierenden tuberkulösen Toxinen und deren Wirkung auf Gefäßwände in Zusammenhang gestellt werden, da tuberkulöse Herde (Haut, Wirbel) mit spezifischer Allergie vorhanden sind. Eine gemischte syphilo-tuberkulöse Infektion, auf deren Möglichkeit uns unser hochgeehrter Chef Prof. I. Th. Selenew aufmerksam machte, könnte durch negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion ausgeschlossen werden, obgleich die tertiäre Syphilis nicht konstant positive Wassermannsche Reaktion gibt.

Aus unserer Beobachtung kann man schließen, daß

1. zweifellos seltene Fälle vorkommen, die zweimal stärker als normal auf Röntgenstrahlen reagieren;

2. zugleich kann auch noch seltenere Überempfindlichkeit gegen Kohlensäureschnee existieren;

3. als Grund dieser Erscheinungen darf möglicherweise Abnahme normaler Resistenz der Gewebe und Gefäße unter dem Einflusse der Toxine (Tuberkulose) angenommen werden;

4. zur Vermeidung der schweren Folgen sollen die ersten Bestrahlungen mit X-Strahlen und Ätzungen mit Kohlensäureschnee möglichst schwach sein.

Wir müssen noch hinzufügen, daß wir im vorliegenden Falle, wie überhaupt, schönen kosmetischen Erfolg von Kohlensäurebehandlung der Röntgenteleangiektasien bekommen haben.

Literatur.

Albers-Schönberg, Die Lindemann-Röhre. Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 17, H. 4. — Arcelin, Existe-t-il en radiotherapie des idiosyncrasies spontanées ou acquises? Archives d'électricité médicale, 25. VII. 1911, Nr. 34. — Bucky, Zur Dosimetrie der Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 27. — Brauer, Über das Röntgenprimärerythem. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 12. — Christen, Über die Dosierung. Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 37. — Gocht, Handbuch der Röntgenlehre, 1903. — Gocht, Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr., 1909, Nr. 10. — Grintschar, Behandlung mit Kohlensäureschnee. Russ.

Digitized by Google

Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrank., 1910, Nr. 6. — Holzknecht, Röntgentherapie in Dessauer-Wiesners Leitfaden, 1908. — Hall-Edwards, The therapeutic effects of Carbon Dioxide snow. Lancet, 8. VII. 1911, Nr. 4584. — Kienböck, Radiotherapie, 1907. — Kienböck, Bemerkungen. Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 27. — Krause, Zur Kenntnis der Schädigung der Haut durch Röntgenstrahlen. Ztschr. f. Röntgenkunde, Bd. 13, H. 7. — Lorb, Beitrag zur Kenntnis der Röntgenverbrennungen. Derm. Ztschr., 1912, Nr. 3. — Pusey, The therapeutic use of refrigeration etc. Journ. of cutan. dis., 1910, Nr. 7. — Rominger, Klinische Untersuchungen über Röntgenerythem. Inaug.-Diss., Freiburg i./Br., 1911. — Schmidt, H. E., Untersuchungen über die Bedeutung der Röntgenstrahlenqualität für die direkte Dosimetrie. Fortschr. f. Röntgenstr., Bd. 15, H. 1. — Schmidt, H. E., Kompendium der Röntgentherapie, 1909. — Schmidt, H. E., Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52. — Schultz, Fr., Röntgentherapie, 1910. — Thedering, Zur Frage der individuellen Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 113, Mai 1912 (Schluß).

66. Beitrag zur Kenntnis des Sklerödems Erwachsener, von Roscher-Berlin. Genauer klinischer Bericht und histologische Untersuchung über einen sehr interessanten einschlägigen Fall, bei dem eine lange Zeit durchgeführte Behandlung mit heißen, bzw. Dampfbädern und nachfolgender Massage mit 10%iger Thiosinaminsalbe, sowie Fibrolysininjektionen leichte Besserung, wenn auch nicht wesentliche Veränderungen, erreichen konnten.

67. Über Spermatozele, von O. Rosenthal. Kasuistik.

68. Über einen Fall von Naevus syringocystadenomatosus (Hidrocystoma papilliferum) mit Plasmon, von L. Bothe-Berlin. Eingehende Mitteilung eines Falles und kritische Besprechung der einschlägigen Literatur.

69. Ein anatomischer Beitrag zur Lehre vom vorzeitigen Haarausfall, von Edmund Saalfeld-Berlin. Daß das im Durchmesser stark verdünnte Haar bezüglich des Wiederwachsens des Haares eine schlechte Prognose gibt, haben die Untersuchungen von Pohl-Pinkus festgestellt, was auch Saalfeld bestätigen kann. Bei der Untersuchung ausgefallener und ausgerissener Haare zeigt sich, daß dieselben Typen immer wiederkehren, und das spricht dafür, daß gleichartige pathologisch-anatomische Prozesse zugrunde liegen. Die drei Typen sind folgende: a) der Bulbus ist ganz atrophisch, hat die Form eines dünnen Kolbens und zeigt außer dem Haare selbst keinerlei anhaftende Masse; b) es besteht eine Kappe mit oder ohne Zipfel (die Zipfel sind verschieden lang), d. h. es haften dem untersten Teile des Haares geringe Teile der inneren Wurzelscheide und ev. des Papillenhalses an; c) das Haar ist auf eine längere Strecke umgeben von größeren Teilen der inneren Wurzelscheide und ev. sogar von geringen Resten der äußeren Wurzelscheide.

Aus den anatomischen Untersuchungen ist deshalb nur zu sagen, ob die untersuchten Haare wirklich ausgefallene oder bereits gelockerte und leicht entfernbare waren, oder ob sie einfach ausgerissen sind.

Für die Frage, ob der Haarausfall normal (senil) oder ob er vorzeitig ist, kommen

Digitized by Google

nur Veränderungen des untersten Teiles des Haarbalges, Veränderungen der dort vorhandenen Schichten und Zellen in Frage.

70. Ekzema marginatum Hebrae und seine häufige Lokalisation an den Füßen, von R. Sabouraud-Paris. Eine eingehende Monographie, welche feststellt, daß als Ursache des Ekzema marginatum Hebrae heute das Epidermophyton inguinale (Sabouraud) anzusehen ist. Dieser Parasit lokalisiert sich in der Regel in den natürlichen Körperfalten, und zwar mit großer Häufigkeit zwischen den Fußzehen, wo die Affektion häufig einer einfachen Intertrigo ähnelt, während mikroskopische Untersuchung und Kultur regelmäßig die Diagnose sichern.

71. Die paterne Übertragung der Syphilis auf die Nachkommenschaft. Eine kritische Untersuchung, von Carl Schindler-Berlin. Sch. zerpflückt die beiden Sätze, daß eine Behandlung des Mannes zu gesunden Kindern führe und ebenso eine neue Heirat gesunde Kinder zur Folge habe. Das Gegenteil ist schon längst und wiederholt bewiesen, und die Sätze beruhen auf alter lückenhafter Kasuistik, unter die wir mal endlich einen Strich machen sollten. Seine mit großer Lebhaftigkeit vorgetragenen interessanten Ausführungen, sind sehr lesenswert und dürften heute von jedem objektiv und klar Denkenden unterschrieben werden. „Die Übertragung der Syphilis auf die Nachkommen erfolgt nur durch die Mutter, und die eigentliche Pforte, durch welche die Spirochäten auf den Embryo übergehen, liegt nur in der mütterlichen Plazenta."

72. Die Beeinflussung der Hautreaktion nach Röntgenbestrahlung durch die Adrenalinanämie, von H. E. Schmidt-Berlin. Aus den Erfahrungen des Verfassers scheint hervorzugehen, daß sich unbegrenzte Mengen von Röntgenstrahlen auf die Haut applizieren lassen, ohne daß eine Spätreaktion auftritt, wenn nur dafür Sorge getragen wird, daß der bestrahlte Hautbezirk gut anämisiert ist, und daß zwischen den einzelnen Sitzungen Erholungspausen eingeschaltet werden.

73. Beiträge zur Trichophytie des Kopfes und der Nägel, von Max Schramek-Wien. Mitteilung dreier einschlägiger Fälle.

74. Beiträge zum klinischen Studium und der quantitativen Prüfung der Hautreaktion auf chemische Reize. 1. Mitteilung: Über das Verhalten normaler und leukopathischer Hautstellen hautkranker und hautgesunder Menschen gegen dosierte chemische Reize, von I. H. Schultz-Breslau.

Die Ergebnisse, zu denen Verfasser kommt, sind folgende:

1. Durch oberflächliches Auftragen von Acidum carbolicum liquefactum in 3 %iger bis 20 %iger Lösung in Aqua destillata mittels Normalplatinöse auf die Haut läßt sich ein exakt dosierbarer chemischer Reiz applizieren, der nach 20 Stunden zu einer leicht erkennbaren Reaktion führt (Erythem).

2. Durch mehrfaches Auftragen jeder Verdünnung läßt sich erweisen, daß die kleinste reaktionsauslösende Dosis bei Prüfungsmengen von 3, 5, 7, 8, 10 und ev. 15 und 20 % im allgemeinen genau an eine Verdünnung gebunden ist, so daß sich die Reizbarkeit der Haut zahlenmäßig scharf ablesen läßt.

3. Konstante Unterschiede der Empfindlichkeit der Rumpf- und Extremitätenhaut, sowie der Haut in verschiedenen Lebensaltern des Menschen sind mit dieser Methode nicht darstellbar.

Weiter ergab sich:

4. Die Mehrzahl der Luetischen zeigt eine normale Hautreaktion.

5. Normale Hautstellen Ekzemkranker zeigen in vielen Fällen deutliche Steigerung der Hautempfindlichkeit.

6. Normale Hautstellen Psoriasiskranker zeigen im allgemeinen eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit.

Digitized by Google

7. Von fünf Fällen von Vitiligo zeigten drei Sensibilitätsstörungen und Differenzen in der Hautreaktion auf dem Gebiete des Herdes, zwei andere zeigten beides nicht.

8. Ganz extrem herabgesetzte Hautreaktion mit zum Teil atypischen Reaktionsbildern ergab ein Fall von Dermatitis herpetiformis.

9. In manchen Fällen allgemeiner Konsumption scheint die Hautreaktion verändert, meist im Sinne einer Verminderung der Empfindlichkeit.

10. Die Disposition zur Urticaria factitia geht nicht notwendig mit einer erhöhten chemischen Reizempfindlichkeit einher.

75. Über Tuberkulose der äußeren Genitalien des Weibes, von Otto Seifert-Würzburg. Wie bei allen tuberkulösen Infektionen an dem äußeren Integument, lassen sich auch für die Tuberkulose an den äußeren weiblichen Genitalien fünf verschiedene Gruppen in ätiologischer Beziehung aufstellen:

1. Eine Impftuberkulose, durch Infektion kleinerer oder größerer Verletzungen entstanden (exogene Inokulationstuberkulose).

2. Impftuberkulose als Autoinokulation bei Lungentuberkulose oder anderweitigen tuberkulösen Prozessen (Autoinokulationstuberkulose).

3. Infektion per contiguitatem (Kontiguitätstuberkulose).

4. Infektion auf hämatogenem oder lymphogenem Wege.

5. Impftuberkulose von der tierischen Tuberkulose (bovine Impftuberkulose).

Verfasser berichtet einige Fälle zur Illustrierung der verschiedenen Formen.

76. Weitere Untersuchungen über die Syphilisreaktion nach Karvonen, von Conrad Siebert-Charlottenburg. S. hat bereits früher die Reaktion nach Karvonen an 100 Fällen nachgeprüft; er hat jetzt die Untersuchungen an 156 weiteren Seris fortgesetzt und zieht aus seinen Erfahrungen den Schluß, daß man mit der Karvonenschen Reaktion eine Lues im Serum von Patienten nachweisen kann, und daß bei manifester und unbehandelter Lues die Karvonensche Reaktion wohl die gleichen Resultate gibt, wie die Wassermannsche Reaktion. Bei latenter Lues ist die Karvonensche Reaktion empfindlicher, d. h. sie gibt einen zahlreicheren Ausschlag nach der positiven Seite hin. Es ist nur die Frage, ob die zahlreichen schwach positiven Reaktionen noch von einer Bedeutung für den Patienten sind, oder ob es sich dabei nicht nur um die letzten bedeutungslosen Ausläufer der Reaginbildung des früher erkrankt gewesenen Organismus handelt. Allgemein diagnostisch ist die Karvonensche Reaktion der Wassermannschen gleich bedeutend, mit Ausnahme der Fälle, deren Reaginnachweis nur mit Hilfe von luetischen Extrakten möglich ist. Da die Bedeutung der Reaktion in ihrem Endeffekt schwieriger ist, als bei der Wassermannschen, so wird sie niemals in der Lage sein, dieser ernstlich Konkurrenz zu machen. Sie kann aber, wie von Karvonen auch gefordert wurde, als komplettierende Nebenmethode, ähnlich wie die Sternsche Reaktion, gehandhabt werden.

77. Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie, von H. Sowade-Halle a. S. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um ein 9 Monate altes Mädchen, bei dem am 18. Tage nach der obligatorischen Schutzpockenimpfung eine starke Rötung und Schwellung des ganzen rechten Oberarmes auftrat; bereits zwei Tage darauf zerfiel die erkrankte Hautpartie geschwürig, und die Lymphdrüsen der rechten Achselhöhle schwollen stark an. Dazu kamen Geschwüre am oberen Ende der Rima ani, am Hinterkopf, auf der Wange und Brust. Dem sehr hinfälligen Kinde entströmte ein penetranter Geruch. Die bakteriologische Untersuchung stellte zweifelsfrei fest, daß die Hauterkrankung hervorgerufen war durch den Klebs-Loefflerschen Diphtheriebazillus.

78. Zur Ätiologie und Pathologie des Lupus erythematodes acutus. Mitteilung über Bakterien- und Blutbefunde, von B. Spiethoff-Jena. S. berichtet über zwei Fälle,

Digitized by Google

die beide junge Mädchen von 20 bzw. 27 Jahren betrafen. In dem einen Falle war der WASSERMANN positiv; in dem anderen Falle trat nach einer intravenösen Salvarsaninjektion von 0,2 eine beträchtliche Zunahme der entzündlichen Erscheinungen auf. Beide Fälle kamen ad exitum. S. berichtet über die exakten fortlaufenden Untersuchungen des Blutes, die in beiden Fällen Veränderungen ergaben, wie sie sich bei schwerer Tuberkulose zu finden pflegen: Verminderung der Eosinophilen, keine Leukozytose.

79. Über Fieber im Tertiärstadium der Syphilis, von KARL STERN-Heidelberg. Nach einem übersichtlichen Literaturbericht gibt Verfasser die Auszüge von 14 Krankengeschichten und resümiert zu folgenden Schlußsätzen:

„Bei der tertiären Lues, besonders der viszeralen, finden wir gar nicht selten Temperatursteigerungen, sei es niederen, sei es hohen Grades.

Das Fieber ist im Hinblick auf das Fehlen jedweder anderer fiebererregender Krankheiten und auf seine Beeinflußbarkeit durch eine antiluetische Therapie in Beziehung zur Syphilis zu setzen.

Bei der weitaus größten Mehrzahl der Fälle läßt sich das Fieber mit einer an Bestimmtheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auf den luetischen Prozeß selbst, d. h. mit anderen Worten, auf den Syphiliserreger und seine Stoffwechselprodukte beziehen.

Zum kleinen Teil wird das Fieber wegen des besonders dazu disponierten Sitzes der Krankheit (Luftwege, Lunge, Mesenterialdrüsen, Leber usw.) durch eine sekundäre Infektion verursacht."

80. Eine Epidemie von Mikrosporie unter Braunschweiger Schulkindern, von ALFRED STERNTHAL-Braunschweig. Die ziemlich umfangreiche Epidemie, von der ST. berichtet, wurde bereits im Jahre 1900 aus Mühlhausen eingeschleppt und war zuerst auf eine Anzahl Knaben im „Rettungshaus" beschränkt. Ein vorzeitig entlassener Knabe ließ sich nach einiger Zeit bei einem Friseur die Haare schneiden und alsbald erkrankten Kinder der nächsten Umgebung, die zu demselben Friseur zum Haarschneiden gegangen waren. Auch im benachbarten Dorfe Riddagshausen dehnte sich die Epidemie aus, so daß auf dem Höhepunkt 80 Fälle unter Schulkindern konstatiert wurden. Die Kinder wurden nicht von dem Schulbesuch ferngehalten, was bei der langen Dauer der Krankheit auch undurchführbar gewesen wäre, und weil es leichter war, auf diese Weise die Kontrolle auszuüben; die Kinder bekamen nur einen gesonderten Platz in der Klasse, die Haare mußten regelmäßig geschoren werden, und jedes erkrankte Kind mußte mit einer den ganzen Kopf umschließenden Leinenkappe erscheinen, die täglich frisch ausgekocht werden sollte. Die Behandlung geschah im wesentlichen mit Jodtinktur; diejenigen Fälle, die mit Follikulitis einhergingen, wurden auch mit Röntgenstrahlen behandelt. Bei der Behandlung trat nie eine üble Nachwirkung auf; das Wachstum der Kinder erfolgte in normaler Weise weiter. Die kahlen Stellen waren nach einem Vierteljahr wieder völlig überhaart. Einzelne Kinder konnten nach mehreren Jahren nachuntersucht werden, sie hatten ihr volles dichtes Haar und nicht veränderte, normale Kopfhaut.

81. Polymorphes Erythem der Zunge. Klinische und histologische Beobachtung, von ROBERTO TERZAGHI-Rom. Kasuistik mit Abbildungen. (Der Artikel ist italienisch geschrieben.)

82. Ergebnisse fünfjähriger Beobachtung nach Frühbehandlung der Syphilis, von THALMANN-Dresden. T. ist schon seit 1906 für die sofortige antiluetische Behandlung eingetreten, sobald die Diagnose Syphilis durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Primäraffekt erbracht ist, und zwar verlangt er gleichzeitig eine ganz energische lokale und allgemeine Behandlung. Er hat eine Reihe in dieser Weise behandelter

Digitized by Google

Fälle beobachten können und berichtet über acht Fälle, die mehr als fünf Jahre beobachtet worden sind. Seine interessanten Ausführungen, die die gute Wirkung energischer Frühbehandlung demonstrieren, dürften wohl von mehr als bloß historischem Wert sein, wie T. bescheiden bemerkt, denn daß infolge der Einführung des Salvarsans eine vollständige Umwälzung der Syphilistherapie eingetreten sei, werden wohl nur noch einige Enthusiasten behaupten.

83. Über subkutane Impfung von Affen mit maligner und tertiärer Syphilis, von Egon Tomaszewski-Berlin. Erfolgreiche experimentelle Impfungen mit Material von teilweise sehr alter Syphilis; auffallend war dabei vor allem die lange Dauer der Inkubationszeit.

84. Sexualpädagogische Vorfragen und Fragen. Referat im Winter 1911/12 erstattet in den Diskussionsversammlungen der Zweigvereine bzw. Ortsgruppen Wiesbaden, Köln, Frankfurt a. M. und Dresden der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Touton-Wiesbaden. „Nur durch ein zielbewußtes Zusammenwirken von Eltern, Schulbehörden und Lehrern — mit Inbegriff der Geistlichen —, sowie der Ärzte ist eine Gesundung unseres Geschlechtslebens in allen seinen Verzweigungen auf der Basis einer rationellen, sexuellen Jugenderziehung und mit dieser eine Hebung der Volksgesundheit und der Volkskraft zu erreichen."

85. Ein Fall von Spindelhaaren, von Übelmesser-Berlin. Eine Patientin, die wegen luetischer Erscheinungen in der Lesserschen Klinik Aufnahme fand, zeigte einen auffallend kurzen Haarwuchs; die einzelnen Haare fielen durch ihre Ringelung auf und zeigten im Mikroskop in regelmäßigen Abständen Einschnürungen und Auftreibungen. Der mikroskopische Befund wird in Abbildungen dargestellt.

86. Zur Therapie des tylotischen rhagadiformen Ekzems der Handteller und Fußsohlen, von Theodor Veiel-Stuttgart-Cannstatt. Verfasser hat besonders gute Erfolge mit Hydrarg. salicyl. in Salbenform gemacht. Dabei erscheint es wichtig, daß die Salbe nur auf die schwieligen Stellen geschmiert wird, und daß die benachbarten gesunden Stellen durch Bestreichen mit einer Zinkpaste vor Reizung geschützt werden. Die dicke Epidermisauflagerung pflegt meist rasch zu verschwinden.

87. Therapeutischer Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhöe des Mannes, von Leonhard Weiss-Berlin. Verfasser hat eine Reihe Erfahrungen über die Abortivbehandlung des Trippers mit Hegonon gesammelt und kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Der Hauptvorzug von Hegonon als Abortivmittel bei der Blennorrhöe des Mannes liegt in seiner geringen Reizwirkung.

2. Zu Abortivkuren empfiehlt sich am besten eine 3%ige Lösung des Pulvers in Aqua dest. in brauner Flasche.

3. Zur Durchführung einer wirksamen Abortivbehandlung genügt eine Injektion von vier Minuten Dauer an 3—5 aufeinanderfolgenden Tagen.

4. Die Wirksamkeit des Präparates zeigt sich meistens am zweiten, spätestens am dritten Behandlungstage durch dauerndes Verschwinden der Gonokokken. Im Falle des Mißlingens einer Abortivkur kann ohne Gefahr die übliche Behandlung mit Janetspülungen fortgesetzt werden. Eine Abkürzung der sonst beobachteten Krankheitsdauer wird hierbei oft erreicht.

5. Entscheidend für die Einleitung der Abortivkur ist das mikroskopische Bild des Sekretes. Fälle mit vorwiegend extrazellulärer Lagerung der Gonokokken im Eiter und Mangel einer früheren Infektion geben die beste Prognose.

88. Gummata der oberflächlichen Lymphdrüsen, von Udo J. Wile-New York. In der (englisch geschriebenen) Arbeit wird über einen Fall berichtet, der einen 19jähr.

Digitized by Google

jungen Mann mit frischer Syphilis betraf. Während der Behandlung schwollen die Drüsen der linken Halsseite rasch an und zeigten leichte Fluktuation. Aspiration ergab einige Tropfen sero-purulenter Flüssigkeit mit positivem Spirochätenbefund. Nach einer Injektion von 0,5 Salvarsan prompter Rückgang aller Erscheinungen.

89. Zwei Fälle ungewöhnlicher Komplikationen bei Blennorrhöe (blennorrhoischer Hautabszeß, blennorrhoische Periostitis), von H. Wischer-Charlottenburg. Mitteilung zweier eigenartiger Krankheitsfälle, die beide Frauen betrafen. Genaue Untersuchungen; kurze Literaturübersicht.

90. Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans, von Wollenberg-Berlin. Der Fall kam auf der Lesserschen Klinik zur Beobachtung und wurde auch histologisch untersucht, doch ist über den Verlauf nichts Näheres bekannt.

91. Beitrag zur Ätiologie der Dermatitis exfoliativa, von M. Wolters-Rostock. In dem mitgeteilten Fall, der einen 15jährigen Knaben betraf, war der Erkrankung der Haut neben katarrhalischer Affektionen eine Lungenentzündung vorangegangen, und die Erkrankung selbst ging mit Störungen des Allgemeinbefindens einher. Unter geeigneter Behandlung besserte sich der Patient, ist aber nach einigen Jahren an einer rapide eintretenden Verschlimmerung zugrunde gegangen. Der zweite mitgeteilte Fall betraf eine 42jährige Frau. Hier trat die Hauterkrankung annähernd gleichzeitig mit einer Erkrankung des Rückenmarkes auf und heilte so gut wie völlig ab, als auch eine ganz wesentliche Besserung des Nervenleidens sich feststellen ließ. Das Rückenmarkleiden wird als eine akute Tabes aufgefaßt, bei der der Rückgang der Symptome allerdings auffallend war.

92. Röntgenbehandlung eines Naevus lymphangiectaticus, von Arthur Zehden-Berlin. Es handelte sich um einen außerordentlich großen ausgedehnten Nävus in der linken Weiche und deren Umgebung. Im ganzen wurden während der $1^1/_2$ Jahre dauernden Behandlung 46 Bestrahlungen gegeben, jedesmal $^3/_4$ Erythemdosis mit Strahlen vom Härtegrad 6,5—7,5 Wehnelt; jede einzelne Stelle wurde im Durchschnitt 6—8 mal bestrahlt. Die Heilung wird damit erklärt, daß durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen die zahlreichen neugebildeten und erweiterten Lymphbahnen verödet wurden. Seit Abschluß der Behandlung sind etwa 4 Monate vergangen, ein Rezidiv ist bisher nicht aufgetreten.

93. Über Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis, von Ferd. Zinsser-Köln. Die eingehende Monographie, die sich mit den verschiedensten Zahnveränderungen und ihrer diagnostischen Bewertung beschäftigt, ist von einer Anzahl guter Abbildungen begleitet.

W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Juni 1912, Bd. 23.

1. Über erhöhte Empfindlichkeit der Haut gegenüber den X-Strahlen und dem Kohlensäureschnee, von Bogrow und Grintschar. Es existieren zweifellos seltene Fälle, bei denen die Haut doppelt so stark als normal auf die X-Strahlen reagiert, wobei auch eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber dem Kohlensäureschnee bestehen kann. Der Grund für diese Erscheinung liegt wahrscheinlich in einer Schwächung der normalen Widerstandsfähigkeit der Gewebe und der Gefäße unter dem Einfluß von Toxinen infektiösen Ursprungs (Tuberkulose). Aus diesem Grunde muß man zur Vermeidung schwerer Folgezustände bei den ersten Sitzungen sowohl mit den X-Strahlen als auch dem Kohlnsäureschnee sehr vorsichtig sein.

2. In Anlaß eines selten vorkommenden Symptoms der hereditären Lues bei Neugeborenen, von Kudisch. Bei einem sechswöchentlichen, im übrigen voll-

Digitized by Google

kommen gesunden Neugeborenen konstatierte Verfasser Unbeweglichkeit beider Händchen, die, wenn sie aufgehoben wurden, sofort wie eine Peitsche herunterfielen, und Verdickung des Epiphysenteils des Ellenbogengelenks. Auf Grund dieses, nach Max Joseph als eine Pseudoparalyse paralytica der Neugeborenen hereditär luetischen Ursprungs anzusehenden Symptome sprach Verfasser den Fall als hereditäre Lues an und erzielte unter innerer Anwendung von Kalomel und Sublimatbädern eine Wiederherstellung der Bewegungen.

3. Zur Frage des schädlichen Einflusses des Salvarsans auf das Zentralnervensystem, von Bogdanow. Die Untersuchung des Liquor cerebro-spinalis vor und nach der Salvarsaneingießung ergab, daß das Salvarsan weder gleich nach seiner Anwendung, noch in der nächsten Zeit irgend welche Veränderungen des Zentralnervensystems hervorruft, die im Laboratorium nachgewiesen werden können. Dieses schließt freilich nicht aus, daß unter dem Salvarsan sich dennoch Veränderungen desselben entwickeln, welche dén Boden für eine spezifische Erkrankung des Nervensystems vorbereiten.

4. Zur Struktur der Nebengänge der Raphe penis und zur pathologischen Anatomie der blenorrhoischen Entzündung derselben, von Tschernogubow. Es zeigte sich bei der histologischen Untersuchung der Nebengänge der Raphe penis das interessante Faktum, daß der Bau derselben bei einem und demselben Individuum nicht der gleiche ist, und daß in allen untersuchten Fällen außer den Hauptkanälen, welche mit einem mehrschichtigen Plattenepithel ausgekleidet waren, noch Nebenhöhlen existierten, welche mit Zylinderepithel versehen waren und wahrscheinlich drüsige Gebilde darstellen, welche analog oder vielleicht auch identisch mit den Schleimdrüsen des Harnkanals (Littrésche Drüsen) sind. Ungeachtet des verschieden lange bestehenden blennorrhoischen Prozesses bei den untersuchten Kranken war das pathologisch-anatomische Bild des Trippers ein und dasselbe (Ödem des Epithels, Durchsetzung desselben mit Leukozyten, Infiltrat aus vorwiegend Plasmazellen bei dem umgebenden Gewebe). Als weiteres charakteristisches Zeichen dieser Veränderungen ist das vollkommene Fehlen von Gonokokken im Bereich des Zylinderepithels und die Tatsache anzuführen, daß die Gonokokken nicht tief eindringen (nicht tiefer als bis zur vierten Epithelschicht).

Arth. Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Bericht über die Anwendung des Salvarsans in den Moskauer Stadtkrankenhäusern im Jahre 1910. Redigiert von den Ärzten Selenin, S. Molodenkow, Remesow, Rosenquist und Ustinow. (Moskau 1911.) Wenn auch dieser, im Auftrage der Moskauer Stadtverwaltung, von den auf dem Titelkopf genannten Ärzten auf Grund der Krankengeschichten einer ganzen Reihe von Stadtärzten verfaßte und leider, durch äußere Umstände veranlaßt, so spät erschienene Bericht über die ersten Versuche im Jahre 1910 mit dem damals Arsenobenzol oder „606" genannten Präparat von Paul Ehrlich durch die Zeit in vielfacher Hinsicht überholt worden ist, so behält er dennoch seinen Wert als Dankespflicht Herrn Geheimrat Prof. Ehrlich gegenüber für die liebenswürdige Zuweisung seines um die Zeit noch nicht käuflichen Präparates. Den damaligen Ansichten entsprechend, sind die an 179 Kranken, größtenteils Syphilitikern, aber auch solchen mit Rekurrens, wie einigen mit Variola vera und an verschiedenen Hautkranken

Digitized by Google

angestellten Versuche fast nur intramuskulär resp. subkutan nach den Methoden von Alt, Blaschko, Kromayer, Neisser, Taege, Wechselmann und Weintraud ausgeführt worden, wobei unter diesen Methoden derjenigen von Alt der Vorzug gegeben wird. In der größeren Reihe der Fälle von Syphilis meist sekundärer, aber auch tertiärer Natur wurde das Salvarsan allein, in den übrigen Fällen in Kombination mit Hg und Jod angewandt. In 57 Fällen schwanden die luetischen Erscheinungen schon nach einer Salvarsaninjektion und zwar ließ sich die Besserung bisweilen schon nach einigen Stunden, in der Mehrzahl der Fälle aber im Laufe der ersten drei Tage konstatieren. Der früheste Termin des Schwundes aller sekundären Erscheinungen durch eine Injektion „606" wurde nach vier Tagen und derjenige der tertiären Erscheinungen nach fünf Tagen beobachtet, wogegen in anderen Fällen freilich eine sehr langsame, allmähliche Wirkung, nämlich völliger Schwund in 44 und gar 60 Tagen bemerkt wurde. Am schnellsten schwanden unter dem Einfluß von „606" die syphilitischen Papeln der Mundhöhle, nämlich in 48 Stunden, bei Einspritzung nach Alt und Taege, und die pustulösen wie tuberkulös-eitrigen Affektionen der Haut und der Schleimhaut in 5—7 Tagen gleichfalls bei Einspritzung des „606" nach Alt und Taege. Am längsten hielten sich die Roseola syph., wie die Primäraffekte und die Lymphdrüsenvergrößerungen. Glänzend war der Erfolg nach „606" bei Syphilis maligna, wo Hg und Jod versagt hatten. Rezidive wurden in $^1/_9$ der Fälle gesehen.

Die Spirochäten schwanden bisweilen schon 22 Stunden nach der Einspritzung, in anderen Fällen nach einem, zwei und drei Tagen, hielten sich aber auch viel länger, bis zu zwölf Tagen. Die Wassermannsche Reaktion blieb in der Hälfte der Fälle positiv, wurde in ein Drittel der Fälle abgeschwächt und in ein Siebentel negativ. Die Infiltrate nach der Einspritzung schwanden am schnellsten, in einer bis sechs Wochen nach Einspritzung der alkalischen Lösung nach Alt in die Glutäen, hielten sich aber monatelang nach Einspritzung der neutralen Emulsion nach Neisser, Blaschko, Wechselmann und Kromayer. Ebenfalls waren die Infiltrate sehr stark nach Einspritzung der sauren Lösung nach Taege. Dagegen war die Einspritzung der alkalischen Lösung meist schmerzhaft, diejenige der Emulsion meist schmerzlos. Nach den Einspritzungen wurden Temperatursteigerungen im Laufe von 2—4 Tagen beobachtet, während die sonstigen Nebenwirkungen unbedeutend und schnell vorübergehend waren.

Die Beobachtungen der Wirkung des „606" auf luetische Affektionen des Zentralnervensystems ergaben folgendes: in der größeren Mehrzahl der Fälle wurden nach Anwendung des Salvarsans Besserungen verzeichnet, wobei aber nicht vergessen werden darf, daß diese Besserungen meist nach einer kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Hg resp. Jod eintraten, jedoch ist bemerkenswert, daß derartige Besserungen in einigen Fällen, bei alleiniger Anwendung des einen oder anderen dieser drei Mittel, vermißt worden waren. Besonders rasch und günstig war die Wirkung des Salvarsans auf die Erscheinungen der Reizung des Nervensystems, wie auf die sog. allgemeinen Hirnsymptome: Schmerzen, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, gedrückte Stimmung usw. Irgend welche ernste Nebenwirkungen wurden in keinem der Fälle von Lues des Zentralnervensystems konstatiert. Besonders interessant waren die Versuche der Salvarsananwendung bei Febris recurrens. Es scheint nach denselben, daß das Salvarsan bei keiner anderen Krankheit des Menschen eine so prompte Wirkung ausübt wie auf diese, denn je nach der Zeit des Anfalls und der Art der Anwendung des Salvarsans gelingt es, den Anfall in 8—48 Stunden zu unterbrechen, und Rückfälle der Krankheit treten nicht weiter auf. Die beste Anwendung des Salvarsans ist bei Rekurrens in die Vene. Ein geringer Befund von Eiweiß im Urin bei Rekurrenskranken ist keine Kontraindikation. Die Versuche von Salvarsan

Digitized by Google

bei vier Variolafällen geben keine Möglichkeit, sich über die Wirkung desselben bei dieser Krankheit auszusprechen. Arth. Jordan-Moskau.

Die im Royal Naval Hospital zu Haslar mit der Salvarsanbehandlung bei Syphilis erzielten Resultate, von T. B. Shaw. (Brit. med. Journ., 6. April 1912.) Die Erfahrungen, welche Verfasser seit Dezember 1910 bei 340 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien gesammelt hat, haben dazu geführt, das Salvarsan als Medikament der Wahl beizubehalten. Unfälle sind bei der Behandlung nicht vorgekommen, doch entwickelte der eine Patient eine bisher refraktär sich erweisende Taubheit und ein anderer erkrankte mit schwerer und aller Behandlung trotzender Fazialisparese. Die Injektionen wurden bei den ersten 20 Fällen intramuskulär, seitdem stets intravenös gegeben. Die Dauer des Hospitalaufenthaltes war bei der Salvarsanbehandlung durchschnittlich je $7^1/_2$ Tage kürzer als bei der sonstigen, merkuriellen Kurweise.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über anaphylaktoide Erscheinungen bei wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen, von G. Iwaschenzow-St. Petersburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Im Verlauf der Behandlung von 62 Kranken der Nervenabteilung mit Salvarsaninjektionen traten mehrfach bei der Wiederholung des Eingriffs mehr oder minder stark ausgeprägte Erscheinungen auf, welche nach J.s Ansicht als Zeichen der Anaphylaxie und Folge der Salvarsanwirkung aufzufassen sind. Es handelte sich bei den Patienten teils um Tabes (21), um Myelitis (21), um Hemiplegie (7), teils um Lues cerebri (13). Als Symptome sind zu nennen: plötzliche Rötung und Anschwellung des Gesichts, Atmungsstockung, Hustenreiz, Hitze- und Druckgefühl im Kopfe, Zuckungen der Extremitäten und Angst- und Beklemmungsgefühl. Nach $^1/_2$ bis 5 Minuten gingen die Erscheinungen vorüber. Zum Vergleiche und zur Kontrolle gab J. an vier seiner in dieser Weise reagierenden Patienten intravenöse Kochsalzinfusionen; es trat dabei allerdings eine fieberhafte Reaktion auf, doch kam es niemals zu den anaphylaktoiden Symptomen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verwendung von Salvarsan zur Behandlung der Syphilis, von A. Foerster. (Lancet, 3. Febr. 1912.) Verfasser hat im Krankenhaus für venerische Leiden in London seit August 1910 ausgiebige Beobachtungen über die Wirkung von Salvarsan angestellt und hat sich von der eminenten Bedeutung dieses Mittels überzeugt. Die besten Resultate aber glaubt er durch eine Verbindung desselben mit der Quecksilberbehandlung erzielt zu haben. Die Salvarsandosis betrug durchschnittlich 0,5—0,6, teils bei intramuskulärer, teils bei intravenöser Darreichung. Neurorezidive wurden zwei konstatiert, von denen das eine unter Hg-Therapie zur Heilung gelangte, während der Ausgang beim anderen noch ungewiß ist. Es kamen auch zwei Fälle von maligner Syphilis vor, die trotz Salvarsan, der eine neun Wochen, der andere (bei der Aufnahme schon sehr kachektisch und mit vielen Läsionen behaftet) acht Tage nach der Injektion starben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verwendung von Salvarsan bei Syphilis, von D. Kennard und W. H. Gordon-London. (Lancet, 30. März 1912.) Verfasser haben 200 Fälle in verschiedenen Stadien im Laufe etwa eines Jahres mit Salvarsan im Verein mit Hg-Einreibungen behandelt und sind mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Die große Mehrzahl der Patienten erhielt intravenöse Injektionen in Dosen von 0,4—0,6; alle Patienten im primären und sekundären Stadium erhielten eine zweite Injektion drei Wochen nach der ersten. Die Schmierkur wurde sogleich nach der ersten Injektion begonnen und wurde nach der zweiten Einspritzung in der Weise fortgesetzt, daß ein halbes Jahr weiter monatlich an je 20 Tagen noch eingerieben wurde. Rezidive sind bisher in dieser Serie nicht vorgekommen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Salvarsan als Heilmittel der Syphilis, von J. M. WINFIELD-Brooklyn. (Med. Record, 6. April 1912.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen, die er an 100 Fällen, die bereits länger als zehn Monate unter Beobachtung stehen, gemacht hat. Er beschränkt sich heute ebenso wie andere Verfasser auf intravenöse Zuführung, nachdem er so ziemlich alle anderen Wege erprobt hat, und glaubt, daß bei geeigneter Vorsicht unangenehme Zwischenfälle sich wohl vermeiden lassen. Er hat nur in drei Fällen vorübergehende Hörstörungen beobachtet. Wenn auch Salvarsan ein mächtiges Antisyphilitikum ist, so heilt es doch Syphilis durchaus nicht mit größerer Sicherheit als Quecksilber, wenn es auch die klinischen Symptome fraglos schneller beseitigt; es sollte darum nur gegeben werden, wo Eile not tut, aber durchaus nicht kritiklos in allen Syphilisfällen. W. Lehmann-Stettin.

Die kombinierte Anwendung des Salvarsans und des Corrosol fortius in der Syphilisbehandlung, von M. WOHL-Budapest. (Gyógyászat, 1912, Nr. 7.) WOHL gibt bei rezenter Syphilis eine 0,3 Salvarsan enthaltende Sesamöl- oder Johasche Paraffinemulsioninjektion $^3/_4$ SCHINDLERsche Spritze. 4—5 Tage später beginnt er mit Quecksilberinjektionen und setzt sie 4—6 Wochen lang mit Korrosol fort. Corrosol fortius ist eine Quecksilber-Zinnaminatlösung, dessen Quecksilbergehalt in 2 ccm 0,04, also 5% Asurol entspricht. Jeden zweiten oder dritten Tag injiziert er 2 ccm Korrosol in die Glutäen und führt so mit 10 Einspritzungen 0,40 Quecksilber in den Organismus ein. Beobachtungszeit 3—5 Monate. Nach der Kur verschwanden die Symptome. Keine Rezidive. WASSERMANN bisher negativ. Verfasser behandelte so 15 Fälle.
Porosz-Budapest.

Klinische Erfahrungen mit dem SCHINDLERschen Joha, von A. SCHMITT-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 13.) Das von SCHINDLER unter der Bezeichnung Joha im Jahre 1910 zuerst empfohlene Salvarsangemisch mit Jodipin und Lanolinum anhydricum hat bei intraglutäaler Applikation, wie Verfasser ausführt, mancherlei Vorzüge und ist als ein willkommener Ersatz zu begrüßen für Fälle, bei denen aus irgend welchen Gründen die intravenöse Einverleibung des Salvarsans nicht durchgeführt werden kann. Die bei jeder intramuskulären Injektion von Salvarsan zu befürchtende Gefahr einer Abszeßbildung läßt sich zuverlässig vermeiden, indem man vorschriftsmäßig in den Glutaeus medius einspritzt. Schmerzen wurden bei 93 Injektionen nur in sechs Fällen als irgendwie heftig und längere Zeit anhaltend geklagt, und 58mal wurde gar kein Schmerz angegeben. Infiltrate kamen 16mal vor, in der Mehrzal auf die Befolgung der noch nicht verbesserten Technik zurückzuführen. Meistens vergingen dieselben ziemlich bald unter feuchten Verbänden. Die therapeutischen Resultate, namentlich im Verein mit Quecksilberbehandlung, waren entschieden günstig.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wirkung des Salvarsans auf Treponemen und syphilitische Ausschläge, von C. LEVADITI und C. TWORT. (Compt. rend. d. soc. d. Biol., Bd. 69, S. 633.) Experimentelle Studien am künstlich infizierten Kaninchen ergaben, daß bei intravenöser Verabreichung von Salvarsan die Spirochäten der syphilitischen Affekte ihre Virulenz bereits nach 12 St. verlieren, während die Beweglichkeit zu diesem Zeitpunkt und selbst noch nach 24—48 Std. erhalten sein kann. Der vollständigen Zerstörung geht demnach eine Abschwächung in der Virulenz der syphilitischen Produkte voran. Bereits 7 Std. nach intravenöser Injektion kann die Vitalität und Beweglichkeit der Spirochäten so stark geschädigt sein, daß sie ein syphilitisches Gewebsstückchen, welches in halbstarres Serum eingesät wird, nicht mehr verlassen, trotzdem sich bei ultramikroskopischer Prüfung des Gewebes hier noch reichlich Spirochäten nachweisen lassen. Silberschnitte nach LEVADITI zeigten, daß nach 24—48 Std. noch reichlich Spirochäten im Gewebe

Digitized by Google

vorhanden sind, zu einer Zeit, wo ultramikroskopische Prüfung und Aussaat bereits versagen. Die Zerstörung der Vitalität tritt demnach ziemlich schnell ein, während die Resorption der toten Spirochätenleiber nur relativ langsam erfolgt. Diese langsame Resorption der Spirochätenbestandteile könnte ev. der Grund für die mangelnde Antikörperbildung sein. Die Destruktion der Spirochäten erfolgt außerhalb der Zellen. Die Parasiten erfahren eine Auflösung bis zur Bildung von Granula, welch letztere dann von Phagozyten, vorwiegend von Makrophagen aufgenommen werden. Auch im Gewebe selbst machen sich reaktive Vorgänge bemerkbar, welche zur Bildung einer bindegewebigen Narbe führen, die mit einer Epitheldecke normalen Aussehens überhäutet ist.

Graetz-Hamburg.

Über die örtliche Wirkung des Salvarsans bei intraglutäaler Injektion, von H. Löhe-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 3.) Aus des Verfassers Untersuchungen geht hervor, daß Salvarsan, intraglutäal injiziert, auch beim Hunde die vom Menschen her bekannte schwere Nekrose erzeugt. Diese Nekrosen sind für das Individuum nicht gleichgültig. Der Gedanke, daß in kürzerer oder längerer Zeit die völlige Resorption erfolgt oder die Nekrose durch ein Granulationsgewebe ersetzt wird, ist nicht richtig. Noch nach 207 Tagen waren nach L.s Beobachtungen hasel- bzw. wallnußgroße Nekrosen vorhanden, in denen Salvarsan bzw. Arsen nachgewiesen werden konnte. Wie Martins schon mit Recht betont, wissen wir nicht, wieviel von dem injizierten Salvarsan als solches resorbiert wird und wieviel eine Umwandlung in ein anderes Arsenpräparat erfährt, dessen Wirkung auf den Organismus uns unbekannt ist. Schourp-Danzig.

Die Wirkung des Salvarsans auf den kardio-vaskulären Apparat, von G. Burzi-Turin. (Riforma med., 1912, Nr. 11.) Die subjektiven Beschwerden geringer Intensität nach Salvarsaneinverleibung sind selten und bestehen in Herzklopfen, Kardialgie und Herzparästhesien. Oft sind sie von Tachykardie und leichten systolischen Geräuschen begleitet, oft ist die Pulszahl eine ganz normale. Selten steigern sich die Herzparästhesien zu wirklichen anginösen Anfällen. Häufiger und mannigfaltiger sind die objektiven Herzstörungen. Der Verfasser machte an vielen Fällen Blutdruckmessungen mit dem Sphygmomanometer von Riva-Rocci, wobei er sorgfältig alle Fälle von Arteriosklerose und Myokarditis ausschloß. Nur in wenigen Fällen war die Arterienspannung nach der Salvarsaninjektion normal, in 19% der Fälle war sie vermehrt und zeigte Schwankungen zwischen 8 bis 15 mm Hg. In der großen Mehrzahl, d. h. in 67,7%, zeigte sich eine starke Blutdruckverminderung, die in weiten Zwischenräumen schwankte und zwar zwischen 5 und 38 mm Hg, im Mittel aber 15 mm betrug. Sie trat wenige Stunden nach der endovenösen und ein bis zwei Tage nach der intramuskulären Injektion auf. Nach der subkutanen war sie immer geringer. Sie blieb einen oder zwei Tage konstant und verschwand dann langsam. Niemals waren subjektive oder andere objektive Veränderungen, z. B. des Rhythmus oder der Dynamik, zu gleicher Zeit vorhanden. Die Tachykardie konnte nicht sehr häufig nachgewiesen werden (18%), eine Übereinstimmung mit der Temperatur war nicht vorhanden. Im Gegenteil, oft entsprach einer Erhöhung der Tachykardie eine Verminderung der Temperatur.

Ebenso wurde die Arythmie ziemlich selten beobachtet, desgleichen die Bradykardie, letztere gewöhnlich nach der ersten Injektion, selten nach der zweiten, wie im Falle eines kräftigen Mannes, der erst 0,4 Salvarsan intravenös ohne jegliche Beschwerden erhielt. Acht Tage später nach Einverleibung derselben Dosis fiel ohne Atmungs- oder Blutdruckveränderung der Puls auf 52 und 50, blieb aber voll und regelmäßig. Nach zwei Tagen war er wieder normal. Eine dritte Injektion, zehn Tage später, verlief wieder ohne jegliche Störung. Der markanteste Fall von Bradykardie wurde bei einem etwas anämischen jungen Mann beobachtet, dessen Puls zwei Tage nach einer

Digitized by Google

subkutanen Injektion von 0,5 auf 48 sank, während der Blutdruck um 20 mm vermindert wurde, die Atmung sich beschleunigte und die Temperatur um $^{8}/_{10}$ Grad stieg. Tags darauf verschwand das Fieber und der Puls fiel auf 44. Es traten Schwindel, subjektive Herzbeschwerden und akute Herzdilatation hinzu und der Blutdruck sank im ganzen um 38 mm. Auf Koffein- und Strychnindarreichung kehrte bald alles zur Norm zurück.

A. Gunsett-Straßburg.

Wahrscheinliche syphilitische Reinfektion nach Salvarsanbehandlung, von Queyrat. (Bull. méd., 1912, S. 9.) Ein Kranker mit Primäraffekten erhielt im Oktober 0,6 Salvarsan intravenös, worauf jene rasch heilten. Im November hatte er neuerdings Verkehr mit einer sicher Syphilitischen und bekam Anfang Dezember zwei Sklerosen am Genitale.

Richard Frühwald-Leipzig.

Reinfectio syphilitica nach Salvarsan, von Belin, Milian und Amodrut. (Bull. méd., 1912, S. 195.) Ein Patient mit Angina specifica und ulzerokrustösen Syphiliden erhielt 4 Salvarsaninjektionen. Am 8. Februar Verkehr mit seiner syphilitischen Frau, am 1. Februar Schanker am Orificum urethrae mit Leistendrüsenschwellung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Reinokulation der Syphilis, von Milian. (Bull. méd., 1912, S. 298.) M. beschreibt die klinischen Charaktere einer zweiten Syphilis nach Ausheilung der ersten durch Salvarsan. Der Schanker soll meist ekthymatös oder ulzerös sein. Kurz vor Auftreten der Roseola entstehen papulöse Effloreszenzen um ihn. Die Roseola ist etwas verzögert und wenig intensiv; sie kann auch fehlen und durch Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, benigne ulzeröse Syphilide der Mundhöhle (? d. Ref.) substituiert sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Schankriforme, ulzeröse Syphilide und Salvarsan, von Thibierge. (Bull. méd., 1912, S. 221.) Ein Patient bekam wegen eines phagedänischen Schankers am Gliede 1,0 Salvarsan. Etwa 7 Wochen später erschien in der Narbe eine phagedänische Ulzeration, die wie ein Schanker aussah. Weiter unten noch zwei schankriforme Geschwüre. Da der Kranke keinen Geschlechtsverkehr gehabt hatte, ist eine Reinfektion ausgeschlossen. Verf. mahnt zur Vorsicht bei der Diagnose „Reinfektion nach Salvarsan".

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Ikterus nach Salvarsan, von Julius Grossmann-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Zwölf Tage nach intramuskulärer Injektion von 0,6 g einer schwachsauren Salvarsanlösung trat bei einem Patienten mit frisch erworbener Lues Ikterus auf und zwar wohl nicht infolge, sondern trotz der Salvarsanbehandlung.

Schourp-Danzig.

Ein mit Salvarsan behandelter Fall von spätsyphilitischer Glossitis, von M. Morris-London. (Brit med. Journ., 30. März 1912.) Der 40jährige Patient hatte sich im Februar 1902 infiziert, und im Herbst 1904 setzte die seitdem trotz fortgesetzter Hg-Behandlung bestehende Glossitis zunächst mit Schwellung und Rhagadenbildung ein. Der Fortgang der Affektion war bei gelegentlicher Besserung ein stetig sich verschlimmernder, bis im November 1911 eine intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan gegeben wurde. Die am 40. Tage nach der Injektion aufgenommene Abbildung zeigt eine vollständig normale Zunge, während die früheren Phasen der hochgradigen Affektion an drei weiteren Bildern treffend illustriert sind. Pat. hat auch nach der Injektion die Hg-Pillen weitergenommen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Pharynxtuberkulose, mit Lues (?) kompliziert und mit Salvarsan behandelt, von M. Fleischmann-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 53.) Eine 22jährige Gravida IV., deren ganz lautloses Atmen stark stridorös war, kam wegen hochgradiger Pharynxstenose in Behandlung. In ihrer Familie und ihrer Wohnung waren

Digitized by Google

Tuberkulöse, die auch gestorben sind. Ihre Krankheit nahm vor vier Monaten ihren Anfang. Vor drei Monaten trat einigemal Hämoptoë auf und in letzterer Zeit magerte sie stark ab. Schlingbeschwerden quälten sie, so daß sie nicht einmal Flüssigkeiten zu sich zu nehmen getraute. Im M. sternocleido-mastoideus rosenkranzförmige Drüsen. Dem Charakter der Pharynxulzera, der Anamnese und dem Habitus gemäß, wurde Tuberkulose diagnostiziert. Pirquet positiv, Auswurfsbefund negativ. Bei symptomatischer Behandlung verschlimmerte sich das Leiden. Die stenotischen Erscheinungen steigerten sich bis zur Suffokation. Aus vitaler Indikation für den Fötus drohte die Notwendigkeit des Luftröhrenschnittes und die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. WASSERMANN-Reaktion + +, schwach positiv. Im Rachenulkus wurden keine Spirochäten gefunden. Lunge und Herz intakt. Auf Grund der schon von lange her bekannten Behandlung der Tuberkulose mit antiluetischen Mitteln bekam Patientin drei Salvarsaninjektionen. Verfasser schnitt mit einer Double-Kürette aus dem Infiltrat ein halblinsengroßes Gewebsstück heraus. Darin waren unter dem Epithel charakteristische Riesenzellen enthaltende lymphoide Tuberkel sichtbar. Das Bindegewebe war vermehrt und rundzellig infiltriert. Der Prozeß entsprach der Tuberkulose. Veränderungen, die auf Lues schließen ließen, waren nicht vorhanden. Weder Endoarteriitis obliterans noch perivaskuläre Infiltration waren sichtbar. Auch der histologische Befund stellte mit absoluter Bestimmtheit Tuberkulose fest, aber nichts, was auf Lues verdächtig wäre. Die Pharynxulzera verschwanden, die Infiltrate verflachten, das Atmen wurde ganz frei, Drüsen konnten nicht herausgefühlt werden. Körpergewichtszunahme 7 Kilogramm. Aber die WASSERMANN-Reaktion wieder + +. Abortus war niemals aufgetreten. Bei dem Neugeborenen konnte kein Symptom der Lues entdeckt werden. Die WASSERMANN-Reaktion des Blutes war negativ. Mit EHRLICHS Salvarsan wurde in diesem Falle ein großartiger Erfolg erzielt. In ähnlichen Fällen, bei denen eine Kontraindikation nicht vorhanden ist, können die Versuche mit gewohnter Vorsicht fortgesetzt werden. Porosz-Budapest.

Gute Wirkung des Salvarsan bei einem Syphilo-Tuberkulösen, von JACQUET. (Bull. méd., 1912, S. 1114.) Ein Kranker mit syphilitischen Erscheinungen des Hodens und der Sohlen, Kachexie und Husten, erhielt 0,6 Salvarsan. Es verschwanden nicht nur die spezifischen Erscheinungen, sondern es wurde auch der Allgemeinzustand glänzend gehoben. Richard Frühwald-Leipzig.

Das Salvarsan in der Behandlung der Heredo-Syphilis, von LOUIS-SCOFFIER. (Jules Rousset 1912 und Journ. des pratic., 1912, Nr. 15.) Empfehlung von intramuskulären Injektionen, ein Zentigramm pro Kilogramm Körpergewicht.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die Verwendung des Salvarsans bei Syphilis des Nervensystems, von L. SACHS & J. STRAUSS-New York. (Med. Record, 3. Febr. 1912.) Die Verfasser haben 80 Fälle behandelt und geben eine genaue tabellarische Übersicht über ihr Material: Sie haben bei Tabes und Paralyse keinerlei Heilwirkungen beobachten können, wenngleich einzelne Symptome, besonders solche von seiten der Blase und der sexuellen Organe, vorübergehende Besserung erfuhren; einige Fälle schienen nach der Verwendung des Salvarsans stationär zu bleiben. Ungünstige Nebenwirkungen, die dem Medikament in die Schuhe zu schieben wären, haben sie nicht beobachtet. Bei Syphilis von Hirn und Rückenmark haben sie vielfach eine Besserung der Symptome, jedenfalls mindestens soviel wie nach Quecksilberbehandlung gesehen. Bei krampfartigen Zuständen und epileptiformen Anfällen, sowie bei chronischen Kopfschmerzen, die auf Syphilis zurückzuführen waren, hat das Salvarsan einen ausgesprochen günstigen Einfluß ausgeübt.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Blutveränderungen bei Stockes-Adamscher Krankheit. Über einige ätiologische Fragen, von G. Bouber. (Inaug.-Dissert., Paris 1911.) Von einschlägigem Interesse ist die Feststellung des Verfassers, daß bei einer Serie von Fällen, bei denen die Wassermannsche Reaktion angestellt wurde, sich jedesmal ein positiver Ausfall derselben ergab. Er schließt daraus, daß die Syphilis eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Krankheit spielen muß. Fritz Loeb-München.

Alterationen des Nabelstranges bei Syphilis, von M. Dominici-Palermo. (Virchows Arch., Bd. 206, H. 3.) Die Nabelstränge von kongenital-syphilitischen Föten sind in der großen Mehrzahl der Fälle verdickt und erreichen meißt ein fast doppelt so starkes Volumen als regelrecht. Auf diesen Befund haben die Verfasser stets aufmerksam gemacht. In den sieben Fällen des Verfassers ist der Befund mit Ausnahme eines Falles stets konstant gewesen. Die größte Intensität der Läsionen hat ihren charakteristischen Sitz in dem plazentaren Ende des Nabelstranges. D. fand in zwei seiner Fälle zahlreiche Spirochäten, ohne daß er gummöse Knötchen oder gummöse Infiltration mit Nekrose finden konnte. In einem Falle sah er außer Perivaskulitis gummöse Knötchen in einer Arterie mit intensiver Nekrose. Schourp-Danzig.

Luetische Phlebitis, von L. Török-Budapest. (Bör-és Bujakôrtan, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1911, Nr. 4.) Török teilt die Kasuistik von sieben Fällen mit, von denen fünf aus der frühzeitigen Periode der Syphilis stammen. In einem Falle trat die Phlebitis zugleich mit dem ersten Rezidiv, in einem anderen Falle nach Auftreten des ersten Ausschlages auf. In zwei Fällen ist die Syphilis mit höchster Wahrscheinlichkeit bereits von längerer Dauer. In sämtlichen mitgeteilten Fällen erkrankte die Vena saphena magna und zwar einmal der Oberschenkelteil, in den übrigen Fällen der Unterschenkelteil. In einem Falle war auch eine Vena saphena parva erkrankt. Ein langes, empfindliches, entzündetes Bündel, das mehrere cm weit verfolgt werden konnte. Eine Vene war 12 cm lang erkrankt, an den Enden wird sie dünner, darüber ist die Haut ödematös oder hyperämisch, an der dicksten Stelle ist sie 1—2—3 cm breit. Mit Phlebitis zugleich beobachtete Syphilide sah er in fünf Fällen. Philippson, Hoffmann und Marcuse weisen den phlebitischen Ursprung der Syphilide mit histologischen Untersuchungen nach. Isolierte, nodöse Syphilide sind nichts anderes, als umschriebene Phlebitiden.
Porosz-Budapest.

Über die Venensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Phlebitis syphilitica praecox der oberflächlichen Extremitätenvenen, von Philippe Gaillard. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 215.) Die syphilitische Venenentzündung tritt am häufigsten im Stadium der sekundären Erscheinungen auf und bildet ein Frühsymptom gewöhnlich während der ersten Monate der Infektion. Sie kann sogar noch früher beobachtet werden und zur Zeit des Schankers, vor jeder sekundären Erscheinung vorhanden sein. Durch den Nachweis der Spirochäten und den positiven Ausfall von Versuchen am Affen ist die syphilitische Natur des Leidens experimentell festgestellt. Am häufigsten zeigen sich die oberflächlichen Extremitätenvenen befallen. Nur in seltenen Fällen handelt es sich dabei um eine einzige Vene. Oft wird ein symmetrisches und generalisiertes Auftreten beobachtet. Besonders junge Leute, und zwar meist mehr Männer als Frauen, Leute von 20—30 Jahren, sind am häufigsten befalllen. Anscheinend spielt die Ermüdung und der stehende Beruf eine prädisponierende Rolle. Die Entwicklung der Affektion ist eine schleichende, ihre Erscheinungen gehen ohne Fieber einher, sind fast schmerzlos, im allgemeinen nicht mit Ödemen kompliziert und führen nur in Ausnahmefällen zu einer Gebrauchsunfähigkeit der befallenen Gliedmaßen. Die Heilung erfolgt ohne jede Komplikation, ohne Lungenembolie und ohne Folgeerscheinungen gewöhnlich in einem

Digitized by Google

Zeitraum von 3 Wochen bis 6 Monaten. Ein Literaturverzeichnis von 8 Seiten beschließt die umfangreiche (166 S.) Arbeit. Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von latenter Lues mit Symptomenkomplex gummöser bzw. endarteriitischer Gehirnläsionen, von G. Gargiulo. (Boll. della Soc. Eustachiana, 1911, Nr. 2.) Bei einem 47jährigen Luetischen (Hautgummata an den Beinen) trat plötzlich apoplexieartig, von Verlust des Bewußtseins begleitet, eine beiderseitige Lähmung des III. Hirnnerven ein, begleitet von Paraparesis der unteren Gliedmaßen. Verfasser nimmt einen stürmisch entstandenen, gummösen endarteriitischen Prozeß in der mittleren Schädelgrube, an der Stelle, wo die beiden peripheren Stämme des III. N. von den Crura cerebri austreten, an. Die Quecksilber- und Jodbehandlung führte eine rasche vollständige Heilung herbei. K. Rühl-Turin.

Lues und Metalues des zentralen Nervensystems, von J. Donath-Budapest. (Orv. Ujsag, 1911, Nr. 51.) Gehirnlues geht von den Gehirnhäuten oder den Blutgefäßen aus. Positive Wassermann-Reaktion ist mit aktiver Lues gleichbedeutend. Und doch ist sie bei Dementia paralytica im allgemeinen (90 und noch mehr %) positiv, aber dieser Zwiespalt kann nur durch die chemische Lösung der Reaktion und nicht mit statistischen Daten überwunden werden. Im Blute wird 90%, im Liquor cerebrospinalis 50% positive Reaktion gefunden. Liquor cerebrospinalis kann uns zwei Erkennungszeichen bezüglich der Lues bieten, und das ist die Pleozytose, Lymphozytose, ferner die Anhäufung des Globulins. Der Liquor enthält normal Eiweiß nur in Spuren, bei Meningitis aber, wie bei jedem exsudativen Prozeß, vermehrt sich das Eiweiß stark. Bei luetischen und metaluetischen Nervensystemleiden vermehrt sich aber eine unter gewöhnlichen Umständen kaum nachweisbare Eiweißart, das Globulin. Nach Nonne hat die Wassermann-Reaktion nur so viel Bedeutung, daß das Individuum einmal mit Lues infiziert war. Die Untersuchung des Liquors ist bezüglich der Lues und der Metalues des Nervensystems maßgebend. Verfasser schildert die wichtigsten Erscheinungsformen der Gehirnlues. Quecksilber ist, weil es wirksam ist und leicht appliziert werden kann, für den praktischen Arzt noch immer ein Antiluetikum, zu dem er in erster Reihe und mit Vorliebe greifen kann. Und bei Lues des zentralen Nervensystems muß rasch gehandelt werden, ehe noch wichtige Gebiete irreparablen Schaden nehmen. Die überraschenden Wirkungen nach Salvarsan, die man namentlich bei Syphiliden der Haut- und Schleimhaut sieht, kann man bei Lues des Nervensystems nicht erwarten. Aber so steht auch die Sache bezüglich des Quecksilbers und des Jods. Augenmuskellähmungen, die älter sind als ein Jahr, reagieren auf Salvarsan nicht mehr. Beginnende Atrophia nervi optici bietet keinerlei Indikation gegen die Anwendung des Salvarsans und dieser Ansicht sind viele, denn Salvarsan ist imstande den luetischen Prozeß in den noch nicht vernichteten Nervenzellen und Optikusfasern zum Stillstand zu bringen oder wenigstens zu verlangsamen. Von seinen eigenen Erfolgen erwähnt Verfasser nur einige prägnante Fälle. In einem Falle von Myelitis luetica besserte sich das Gehen wesentlich bei einem an Meningomyelits gummosa leidenden Patienten, der wegen spastischer Paraplegie auch mit einem Stabe nicht gehen konnte; nach intravenöser Infusion von 0,5 Salvarsan konnte Besserung im Gehen und Urinieren konstatiert werden. Einen Monat nach der Injektion hörte die Empfindungslosigkeit, Ischurie, Incontinentia alvi auf und Patient konnte wieder seinen Musikerberuf aufnehmen. Bei einer an Lues secundaria leidenden Frau, die schon 3mal abortiert hat, heftige Kopfschmerzen und makulopapulöses Syphilid hatte, bildeten sich diese Symptome nach mehreren Injektionen zurück. Die sechsmonatige Gravidität wurde normal beendet. In einem Falle von luetischer Hemiplegie trat im Gehen eine Besserung ein. In einem anderen Falle (der erste Schlaganfall erfolgte vor 8 Jahren) besserte sich die Beweglichkeit der gelähmten Glied-

Digitized by Google

C. H. Boehringer Sohn
Mannheim-Waldhof

Arsenferratin mit 6% Fe und 0,06% As

in Tabletten oder in Form seiner wohlschmeckenden und wohlbekömmlichen Lösung als

Arsenferratose mit 0,3% Fe u. 0,003% As

Arsenferratin ist ein Eiweißkörper, der sowohl Eisen wie Arsen organisch an Eiweiß gebunden enthält. — Es ist ein ideales Präparat für eine

kombinierte Eisen- und Arsen-Medikation.

Indikationen: **Nervöse Erschöpfungszustände, Neurasthenie, Hysterie, Chorea** und andere **Nervenkrankheiten**; ferner **Blutarmut, Bleichsucht, Rekonvaleszenz** nach schweren Krankheiten und hartnäckige **Hauterkrankungen.**

Originalpackungen: Flakon mit 50 Arsenferratin-Tabletten à 0,25 g M. 1.50, Flasche mit 250 g Arsenferratose M. 2.—.

Dosierung: 3—4 mal täglich 1—2 Tabletten Arsenferratin, bzw. 3—4 mal täglich 1—2 Teelöffel Arsenferratose, Kindern die Hälfte.

Literatur und Proben den Herren Ärzten gratis.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Arbeiten Fritz Schaudinns

Herausgegeben mit Unterstützung der Hamburgischen Wissenschaftlichen Stiftung.

XVI, 612 S., mit 44 Abb., 30 Tafeln u. einem Porträt von Schaudinn. 1911. Geb. M. 50.—.

Die wichtigsten Arbeiten Fritz Schaudinns, die bis jetzt in verschiedenartigen, zum Teil schwer zugänglichen Zeitschriften verstreut waren, sind in dieser vom Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg veranstalteten Sammelausgabe vereinigt. Auch aus dem Nachlaß Schaudinns wurden einige begonnene Studien über Trypanosomen, Darmprotozoen und Rhizopoden aufgenommen.

Die wissenschaftliche Welt wird die Herausgabe der Hauptschriften des Begründers der modernen Protozoenforschung, des um die Biologie und Medizin in gleicher Weise hochverdienten Forschers freudig begrüßen.

Deutsche medizinische Wochenschrift: Uns Mediziner interessieren in erster Linie die grundlegenden Arbeiten über den Syphiliserreger, die Spirochaeta pallida, ferner die Malariastudien, die in zwei Kapiteln: „Plasmodium vivax" und „Malaria in St. Michele di Leme" enthalten sind. — Auf die grundlegende Bedeutung der Untersuchungen über den Generationswechsel bei den Coccidien braucht auch nicht mehr besonders hingewiesen zu werden. Nicht minder aufsehenerregend, aber zugleich auch anregend für die Protozoenforschung wirkten Schaudinns Veröffentlichungen über „Generations- und Wirtswechsel bei Trypanosomen und Spirochäten", die, wenn auch nicht in allen Punkten allgemein anerkannt, so doch in wesentlichen Teilen inzwischen bestätigt sind. Ein bisher unveröffentlichter „Nachtrag" hierzu, der sich im Nachlaß Schaudinns fand, ist mit zwei Tafeln von zur Veröffentlichung bestimmten Zeichnungen wiedergegeben. In der „Einleitung" zu der beabsichtigten, durch Schaudinns Tod unvollendet gebliebenen „Halteridiumarbeit" offenbart sich so recht Fritz Schaudinns Denkungsart, wenn er u. a. sagt: „Zu einer vollständigen Ausbeutung der Einzelheiten gelangt man eigentlich niemals, und die Zweifel und Gewissensbisse bei der Deutung der Befunde hören zum Glück für den Fortschritt nie auf. Jeder Abschluß der Beobachtung ist daher für mich ein nur mit großer Energie zu bewerkstelligender künstlicher Riß. Man empfindet die Richtigkeit des Satzes von dem Stückwerk des Wissens um so mehr, je tiefer man sich bemüht, in das Objekt einzudringen." Fürwahr, goldene Worte eines genialen Forschers! Möchten seine Worte und Werke auch weiterhin fruchtbringend fortwirken für alle Zeiten!

Digitized by Google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

Albargin

vorzügliches **Antigonorrhoikum**

von stark bakterizider, trotzdem aber reizloser Wirkung. Mit Erfolg angewandt bei akuter und chronischer Gonorrhoe und als Prophylaktikum in 0,1 bis 2,0%igen wässerigen Lösungen, ferner bei Blasenspülungen, chronischen Kieferhöhlenempyemen, bei Erkrankungen des Dickdarms und in der Augenheilkunde.

Originalröhrchen:
50 Tabletten à 0,2 g = M. 2.—.

Anaesthesin

unlösliches **Lokalanästhetikum**

von sicherer, langandauernder Wirkung, absolut reizlos und von völliger Ungiftigkeit bei externem und internem Gebrauche. Indiziert bei allen Arten von schmerzhaften Wunden und Hautentzündungen, bei tuberkulösen und syphilitischen Larynx- und Pharynx-Geschwüren, Ulcus und Carcinoma ventriculi. Auch die interne Medikation des Anaesthesins ist eine sehr ausgedehnte.

Tumenol-Ammonium

Unersetzliches Mittel in der Ekzemtherapie

Eine Reihe von längere Zeit fortgesetzten Untersuchungen haben das Tumenol (Rp. Ammon. tumenolic.) als ganz vorzüglich geeignet befunden zur **Behandlung juckender Dermatosen und von Kinderekzemen;** es ist absolut reizlos und von sehr schwachem, nicht unangenehmem Geruche.

Mit Erfolg angewandt bei allen Arten von Hauterkrankungen, nässendem Ekzem, Erosionen, Exkoriationen, Rhagadenbildung, parasitären Dermatitis-Formen, Prurigo und Pruritus, wie auch als **Verbandmittel** oder in **Pinselungen.**

Tumenol-Ammonium ist in Wasser leicht löslich mit neutraler Reaktion. Es läßt sich außerordentlich bequem zu Salben, Pasten und Tinkturen verarbeiten.

Novocain

vollkommen reizloses **Lokalanästhetikum**

Bester Kokain-Ersatz und mindestens 7mal weniger giftig als dieses, 3mal weniger giftig als dessen Ersatzpräparate. Es ist in Wasser leicht löslich, seine Lösungen sind durch Kochen sterilisierbar. Novocain verursacht keine Intoxikationen, keine Gewebsschädigungen oder Nachschmerz und wird mit glänzendem Erfolge bei allen Arten der Lokalanästhesie angewandt. — **Novocain nitric.** als Zusatz zu Argentumlösungen.

Suprarenin

hydrochloric. **synthetic.**

Das durch chemischen Aufbau dargestellte wirksame Prinzip der Nebennieren zeichnet sich durch absolute Reinheit, zuverlässige, konstant bleibende Wirkung und gute Haltbarkeit seiner Lösungen aus. Synthetisches Suprarenin ist demnach in allen Fällen den meisten, aus Organen gewonnenen, Nebennierenpräparaten vorzuziehen.

Rp. Sol. Suprarenin hydrochloric. synthetic. 1 : 1000 in Original-Flakon.

Proben und Literatur unserer Präparate stehen den Herren Ärzten zur Verfügung. B.

Digitized by Google

maßen, namentlich das Gehen; auch die Gemütsstimmung klärte sich auf. In einem Falle von luetischer Hemiplegie beobachtete Verfasser nach intravenöser Infusion von 0,5 Salvarsan schon am nächsten Tage auf einem Ohre Taubheit. Eine Woche später war sie aber wieder ganz verschwunden. Es ist nicht leicht zu entscheiden, ob es Salvarsan-Intoxikation oder Jarisch Herxheimersche Reaktion war. Wenn sie bei Chinin oder Natrium salicylicum unmittelbar auftritt, handelt es sich um eine toxische Wirkung. Aber da die Störung nur auf einem Ohre bestand, so spricht dies eher für ein Neurorezidiv als für eine Intoxikation. Aber andererseits kann die rasche Heilung doch für einfache Intoxikation erklärt werden. Bei Individuen, die früher keiner genügenden antiluetischen Behandlung teilhaftig geworden sind, muß mit Salvarsan ein Versuch gemacht werden. Porosz-Budapest.

Neurasthenia syphilitica, von Charles Platon-Marseille. (Ann. de la policlin. centr., 1912, Nr. 2.) Es gibt zwei Arten der syphilitischen Neurasthenie. Die eine, zu Beginn der Krankheit, ist fast ausschließlich moralischen Ursprungs. Die zweite, im Tertiärstadium, ist bedingt durch direkte Einwirkung der Infektion auf das Zentralnervensystem. Sie äußert sich in Schwäche, Ohnmachten, Schwindel usw., die bei den geringsten Anlässen auftreten. Durch Salvarsan werden diese Zustände glänzend beeinflußt. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Fälle von nervöser Syphilis bei den Eingeborenen Nordafrikas, von Emile Salzes-Marokko. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 10.) Nach den Aussagen der in der Chaouïa tätigen Ärzte ist die Syphilis in Marokko noch in viel intensiverem Maße vorhanden, als in Algerien. Manche glauben, daß überhaupt jeder erwachsene Eingeborene in Marokko syphilisiert ist. Die Syphilis wird hier nur behandelt, wenn sie schmerzhafte Symptome macht oder das Knochengerüst oder das Nervensystem angreift. Vier mitgeteilte Krankengeschichten von Nervensyphilis Eingeborener beweisen, daß die Nervensyphilis jedenfalls nicht so selten unter den Eingeborenen Nordafrikas ist, wie es das französische Sprichwort „die Syphilis meidet das Araberhirn" glauben ließe. A. Gunsett-Straßburg.

Nervensyphilis im Frühstadium, von I. Graham Harkness-Vineland. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 58, Nr. 7.) Ein 23jähriger Mann erkrankte fünf Monate nach Auftreten der Initialsklerose an Paralyse. Schourp-Danzig.

Komplizierte Neuralgie spezifischer Herkunft, von Déjerine. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 10). Eine 45jährige Frau, die vor 24 Jahren Syphilis erwarb, zeigte folgende Symptome: Trigeminusneuralgie mit Ödem rechts, Exophthalmus derselben Seite, Anästhesie der rechten Gesichtsseite und der Schleimhaut des Mundes, Strabismus, Diplopie, Symptome die auf eine Paralyse des 6. Hirnnerven im Verein mit einer Läsion des 5. Hirnnerven zurückzuführen sind. Es handelt sich infolgedessen nicht um eine periphere, sondern um eine zentrale Läsion. Lymphozytose, positiver Wassermann erhärten die Diagnose einer spezifischen Meningitis, welche eine günstige Prognose verspricht. A. Gunsett-Straßburg.

Polyneuritis luetica, von Plehn-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Den wenigen bisher bekannten sicheren Fällen von peripherer toxischer Polyneuritis infolge von Syphilis fügt Verfasser zwei weitere hinzu. Es handelte sich um schlaffe Lähmungen, Paraesthesien und Schwinden der Sehnenreflexe. Für den zweiten Fall gibt Verfasser die Möglichkeit einer subakuten Poliomyelitis zu. In beiden Fällen trat prompte Besserung nach spezifischer Behandlung ein. Als bemerkenswert wird in dem einen Falle hervorgehoben, daß kurz nach Einleitung der Hg-Therapie eine Fazialislähmung eintrat, welche, falls Salvarsan angewandt worden wäre, wohl darauf würde bezogen sein. Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Der Geisteszustand bei Syphilis des Zentralnervensystems, von Jean Lépine. (Lyon méd., Bd. 117, S. 1320.) L. fand, daß bei Kranken mit Syphilis des Zentralnervensystems trotz erhaltener Intelligenz eine eigentümliche psychische Anästhesie, eine Apathie gegen die Umgebung, eine Energielosigkeit, dabei aber großer Egoismus besteht. Diese Erscheinungen dürften auf geringgradige sklerotische Veränderungen der Nervenbahnen zurückzuführen sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Mangelhaftes Gedächtnis als einziges Residualsymptom bei Gehirnsyphilis, von Charles W. Burr-Philadelphia. (New York med. Journ., 25. Nov. 1911.) In dem von B. beobachteten Falle handelte es sich um einen jüngeren Mann, der im Alter von 23 Jahren einen harten Schanker hatte, zwei Jahre lang dann kontinuierlich behandelt wurde und sechs Jahre später plötzlich von einer Reihe allgemeiner Krämpfe, gefolgt von rechtsseitiger Hemiplegie und Sprachverlust, befallen wurde. Letzterer behob sich unter spezifischer Behandlung sehr rasch, die übrigen Erscheinungen gingen im Verlaufe von drei Monaten zurück. Sechs Monate nach dem ersten hatte er einen zweiten Anfall von Krämpfen, die mehrere Stunden dauerten, aber von keinem weiteren Schlaganfall gefolgt waren. Seit diesem Anfalle zeigt er ohne irgend welche andere Erscheinungen der Krankheit eine nun zwei Jahre anhaltende, ziemlich hochgradige Gedächtnisschwäche, was B. als einziges Symptom einer (beginnenden) vorhandenen Dementia auffaßt. Bei der stets negativen Wassermannschen Reaktion hält es B. immerhin für wahrscheinlich, daß der syphilitische Prozeß zum Stillstand gekommen ist, wenn er auch andererseits zugibt, man könne bei Gehirnsyphilis vor Eintritt des Todes niemals mit Sicherheit von einer Beendigung derselben sprechen. Stern-München.

Letale Hirnschwellung bei Syphilis, von O. Pötzl und A. Schüler. (Ztschr. f. Neurol., 1/2.) Die Verfasser beschreiben zwei Fälle von Hirnschwellung. Der erste verlief klinisch in einer Reihe von Attacken, die sich durch das Auftreten gehäufter, epileptischer Anfälle, später durch ein katatonieähnliche Psychose, schließlich durch eine Epilepsia continua charakterisierten und durch Remissionen unterbrochen wurden. Im zweiten Falle setzte das Leiden mit einer Psychose vom Charakter eines portrahierten Alkoholdeliriums ein, in dessen Verlauf es erst zu einem Status hemiepilepticus kam. Hier war das Moment, welches das Gehirn zur Schwellung disponierte, durch eine lokale Erkrankung, eine Pachymeningitis im Bereiche des rechten Seitenlappens mit Verlötung der Hemisphäre an die Meningen vertreten. Schourp-Danzig.

Serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker, von Alfred Hauptmann. (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Bd. 8, H. 1.) Auf Nonnes Veranlassung hat sich der Verfasser der Aufgabe unterzogen, mit Hilfe der Wa-R. den verschlungenen Wegen der Lues in den Familien nachzugehen und sich besonders der Klärung des familiären Vorkommens der syphilogenen Nervenerkrankungen zu widmen. Den äußerst interessanten Untersuchungsresultaten liegt das Material der Nonneschen Krankenhausabteilung und Privatpraxis zugrunde. In ausführlicher Weise ziehen die Schicksale von 43 Familien an uns vorüber; wir erfahren auf Grund der klinischen Untersuchung und vor allem auf Grund der sowohl mit Blut als auch mit Liquor cerebrospinalis angeführten Wa-R., in welcher Weise die von einer Ehehälfte in die Ehe verschleppte Syphilis auf den anderen Teil und auf die Nachkommenschaft eingewirkt hat. Die Liquorreaktion wurde in den meisten Fällen nach dem von Nonne ausgearbeiteten Auswertungsverfahren, das sich als sehr wertvoll erwies, angestellt. Aus der Fülle der gefundenen Tatsachen kann ich hier nur weniges hervorheben, z. B. die interessante Beobachtung, daß die Syphilis bei der infizierten Ehehälfte in fast 100% latent verlief, d. h. ohne daß eine Infektion bemerkt wurde, ohne daß Haut- und Schleimhauterscheinungen auftraten, wenn der infizierende Teil an einem syphilitischen

Digitized by Google

Zerebrospinalleiden erkrankt war, während in über 50% eine Infektion bekannt war und Sekundärerscheinungen auftraten, wenn der infizierende Teil organisch gesund war. Bei der Untersuchung der Deszendenz sind scharf zwei Gruppen zu unterscheiden:

1. Tatsächliche Infektion, d. h. wirklicher Übergang virulenter Spirochäten vom mütterlichen Organismus auf das Ei resp. den Fötus.

2. Keimschädigungen durch das syphilitische Virus.

Bei der ersten Gruppe kann eine positive Wa-R. vorhanden sein, bei der zweiten ist eine negative Reaktion zu erwarten. Der Zusammenhang der Idiotie resp. Imbezillität und der Epilepsie der Kinder mit der Syphilis der Erzeuger erhält durch die serologische Untersuchung der Familien weitere Aufklärungen, auf die einzugehen in Kürze leider nicht möglich ist. Auch für das Studium der übrigen zahlreichen und wichtigen Feststellungen, die durch die serologische Untersuchung erzielt wurden, muß auf die Originalarbeit verwiesen werden. Fendt-Wiesbaden.

Meningitis syphilitica acuta, von P. Desnos. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Meningomyelitis syphilitica, von O. Weill. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 7.) Seitdem W. bei Nervenkranken die Wassermannsche Reaktion ausführt, hat er eine viel größere Zahl syphilitischer Nervenleiden gefunden, als man bisher annahm. Das häufigste ist die Meningomyelitis, nicht die Tabes. Jene ist gewöhnlich dorsolumbal und verursacht Paraplegie. Die wichtigsten Symptome sind neben der Paraplegie: Erhöhung der Sehnenreflexe, Verminderung der sensiblen Reflexe, Störung der Sensibilität, häufiges Befallensein von Hirnnerven. Die Krankheit setzt nach drei verschiedenen Typen ein: 1. geringe aber progressive Lähmung, 2. vollständige Lähmung, die nach einigen Tagen zurückgeht und sich öfter wiederholt, 3. apoplektiforme, dauernde Lähmung. Bei den beiden ersten Formen ist Beeinflussung durch Salvarsan möglich.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Klinik und Therapie der syphilitischen Meningitiden, von Marcel Miriel. (Inaug.-Dissert., Paris, 1910, Nr. 48.) Die syphilitische Meningitis, die seit den Arbeiten von Widal (1902) bekannt ist, kann als latente oder akute, resp. chronische Meningitis auftreten. Die beiden letzteren sind charakterisiert durch zwei konstante Symptome: Kopfschmerz und Lymphozytose, dann durch die Seltenheit meningitischer Symptome, häufiges Fehlen von Temperatursteigerungen, Entwicklung zur basilaren Meningitis, Augenlähmungen, Wirksamkeit einer spezifischen Behandlung. Diese besteht in erster Linie in intravenöser Quecksilberzyanürbehandlung. Zur Diagnose wird man sich heute am zweckmäßigsten der Wassermannschen Methode bedienen.

Fritz Loeb-München.

Positive Wassermannreaktion in zwei Fällen von nichtspezifischen Tumoren des Zentralnervensystems, von Leo Newmark-San Franzisko. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 1.) Mitteilung zweier Fälle mit positiver Wa-R., bei derem einen in der Anamnese kein Anhaltspunkt für Syphilisinfektion vorhanden, während bei dem zweiten eine Infektion nicht unmöglich war. Bei dem sonst auch etwas rätselhaften Verlauf trägt sich Verfasser mit Zweifeln über die Zuverlässigkeit der Wa-R. (Die Wa-R. sagt eben nur, daß einmal eine Syphilisinfektion stattgefunden hat, liefert jedoch keine Organdiagnose. Ref.) Fendt-Wiesbaden.

Syphilis medullaris unter dem Bilde der multiplen Sklerose, von Henri Claude. (Bull. méd., 1912, S. 15.) Der Verfasser weist darauf hin, daß sich die Rückenmarksyphilis mit Erscheinungen äußern kann, die völlig der multiplen Sklerose entsprechen (langsamer, progressiver Verlauf, Remissionen, Nystagmus, Intentionstremor). Es ist daher notwendig, in Gegenwart solcher Symptome auf das sorgfältigste nach Syphilis zu

Digitized by Google

forschen. Die erwähnte Form der Rückenmarkssyphilis beginnt mit intermittierender Insuffizienz des Marks. Nach einer Periode vorübergehender, prämonitorischer Symptome treten rasch spastische Paraplegien auf. Sensibilitätsstörungen sind meist deutlich, Intentionstremor und skandierende Sprache weniger häufig. Im Liquor cerebrospinalis Lymphozytose und positiver Wassermann. Die spezifische Behandlung kann sehr gute Wirkungen erzielen. Richard Frühwald-Leipzig.

Epilepsie in der Sekundärperiode der Syphilis, von Rubino. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, H. 11.) Es handelt sich um zwei derartige Beobachtungen; die Symptome verschwanden unter merkurieller Therapie. Verfasser macht darauf aufmerksam, daß man an diese Form der Epilepsie, wenn sie bei Personen über 20 Jahren zum ersten Male auftritt, stets zu denken habe. Haas-Hamburg.

Pseudoparalysis syphilitica (Parrot), von Plaughu. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 4.) Der kleine Patient, der zweite Fötus nach Infektion der Mutter, zeigte bis zum Alter von $3^1/_2$ Monaten keine Erscheinungen von Erbsyphilis. Plötzlich begann er zu schreien, wenn man den linken Arm bewegte. Aktiv konnten nur die Hand und die Finger bewegt werden. Da keine Schwellung und kein Trauma vorlag, wurde Parrotsche Lähmung angenommen und eine Jod-Quecksilberkur eingeleitet. Nach einer Woche war der Arm wieder völlig beweglich. Richard Frühwald-Leipzig.

Manisch-depressives Irresein, dann Syphilis, schließlich allgemeine Paralyse, von W. F. Lorenz-Mendota. (Med. Record, 11. November 1911.) Interessante Krankengeschichte. W. Lehmann-Stettin.

Paralyse, Tabes und Syphilis des Nervensystems, von Edward D. Fisher-New York. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 27.) Klinischer Vortrag, der nichts Neues bringt. Bei den parasyphilitischen Affektionen, Paralyse und Tabes, ist Salvarsan wahrscheinlich ebenso unwirksam wie Quecksilber und Jod; bei Syphilis selbst, also auch bei Syphilis des Nervensystems, ist es in gewissen Fällen wirksamer als die genannten beiden alten Heilmittel. Fendt-Wiesbaden.

Über Tabes und Lues cerebri und ihre Beeinflussung durch Salvarsan, von Eduard Schwarz-Riga. (Petersb. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49—50.) Verf. hat bei Patienten mit den genannten Leiden Liquoruntersuchungen vorgenommen und den Einfluß der Salvarsaninjektionen auf die Veränderungen in jenem verfolgt. Die Pleozytose, die bei Tabes und Lues cerebri als äußeres Zeichen einer chronischen Meningitis konstant ist, wird durch Salvarsan in günstigster Weise beeinflußt. Auch die Wassermannsche Reaktion, die oft, wenn sie im Blute negativ ist, im Liquor positiv gefunden wird, unterliegt dieser Beeinflussung. Bei Lues cerebri wirkt Salvarsan in überraschend schneller Weise. Richard Frühwald-Leipzig.

Meningo-enzephalitische Erscheinungen der Syphilis bei Tabischen, von Henri Claude-Paris. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 49.) Der Verf. beschreibt hier besonders Schübe von zirkumskripter Meningitis und Enzephalitis, welche mit der syphilitischen Infektion zusammenhängen und während des Verlaufs einer unzweifelhaften Tabes auftreten. Es handelt sich dabei klinisch um Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen, welche vollständig auf Quecksilber verschwinden, während die gleichzeitig vorhandene Tabes davon unbeeinflußt bestehen bleibt. Die Wassermannsche Reaktion ist dabei gewöhnlich positiv und die Lumbalflüssigkeit zeigt das Bild einer Lymphozytose mit deutlicher Polynukleose. Gunsett-Straßburg.

Tabische Jungfrauen, von K. Mendel und E. Tobias-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 43.) Die Frage nach der tabischen Jungfrau ist mit der nach der syphilitischen Ätiologie der Tabes eng verknüpft. Die Verfasser verfügen über 3 Fälle, in

Digitized by Google

welchen die Jungfernschaft über jeden Zweifel erhaben ist; in allen 3 Fällen konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, daß es sich um hereditäre Tabes handelte. In einem dieser drei Fälle litten Vater und Mutter, in den beiden anderen der Vater an Tabes. In allen drei Fällen war Lues bei dem Erzeuger nachweisbar. Also: „Virgo non fit tabica nisi per parentes aut per luem insontium."

Arthur Schucht-Danzig.

Die Jod- und Arsentherapie bei Tabes, von J. Schmelz-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 52.) Verfasser empfiehlt Jodglidine je eine Tablette morgens und abends und Arsan (0,002 Arsen enthaltend) nach dem Mittagessen, steigend bis 3—4 Jodglidine und 2 Arsantabletten bei Tabes, und rühmt die damit erzielten Erfolge. Beide Mittel sind Verbindungen des Jods, resp. Arsens mit einem nukleinfreien, reizlosen Pflanzeneiweiß.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Dresdner Stadtratsverfügung zur Bekämpfung der Syphilis bei den der Aufsicht des Fürsorgeamtes unterstehenden Kindern. 1. Die Ziehkinder- und Armenärzte, sowie die städtischen Krankenhäuser haben in den Fällen, wo bei solchen Kindern Syphilis festgestellt wird, oder dringender Verdacht auf Syphilis besteht, dem Fürsorgeamt Mitteilung von der Diagnose zu machen. (Desgl. die Polikliniken und die nicht unter städtischer Verwaltung stehenden Kranken- und Entbindungsanstalten.) Beim Fürsorgeamt wird über diese syphilitischen und syphilisverdächtigen Kinder eine Liste geführt. 2. Um möglichst zeitig die angeborene Syphilis festzustellen, haben die aufsichtsführenden Pflegerinnen Säuglinge bis zum Alter von 3 Monaten alle 14 Tage zu besuchen und bei verdächtigen Anzeichen die unverzügliche Untersuchung durch den Ziehkinderarzt zu veranlassen. Säuglinge sind im ersten Vierteljahr mindestens zweimal, und zwar das erstemal innerhalb der ersten sechs Lebenswochen zur Musterung zu bringen. Ebenso sind die als syphilisverdächtig gemeldeten Kinder vom Fürsorgeamt sofort zur nächsten Musterung heranzuziehen. 3. Falls die Diagnose zweifelhaft ist, ist das Kind zur Blutuntersuchung dem Säuglingsheim oder dem Stadtkrankenhause schriftlich zu überweisen, die über den Ausfall der Untersuchung das Fürsorgeamt zu benachrichtigen haben. 4. Syphilitische Kinder sind einer antisyphilitischen Behandlung zuzuführen. 5. Fälle offener Syphilis sind einem Krankenhause zur Kur zu überweisen. Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn das Kind von seiner eigenen Mutter verpflegt wird und andere Kinder in dieser Familie nicht vorhanden sind. 6. Außerhalb des Krankenhauses wird die Behandlung von den Ziehkinderärzten ausgeführt, deren Vergütung nach den Mindestsätzen der ärztlichen Gebürenordnung erfolgt. Eine Behandlung durch andere Ärzte ist mit Genehmigung des Fürsorgeamtes zulässig. Für die Behandlung, insbesondere die Art und Aufeinanderfolge der vorzunehmenden Kuren werden einheitliche Grundsätze aufgestellt. 7. Der Erziehungsberechtigte wird durch das Fürsorgeamt von der Erkrankung des Kindes und von der eingeleiteten Behandlung benachrichtigt. Widerspricht er der Behandlung, so ist die Entschließung des Vormundschaftsgerichtes herbeizuführen. 8. Die Ziehkinderärzte sind ein für allemal beauftragt und ermächtigt, die Ziehmutter oder selbstpflegende Mutter von der Syphilis des Kindes zu unterrichten. Dabei sind diese mit den nötigen Verhaltungsmaßregeln zu versehen, auch ist die Ziehmutter zur Geheimhaltung der Diagnose nachdrücklich zu veranlassen. Ferner ist nach Möglichkeit darauf hinzuwirken, daß sich auch die Eltern des syphilitischen Kindes einer Behandlung unterziehen. 9. Syphilitische Kinder dürfen während der in Ziffer 11 festgesetzten dreijährigen Beobachtungsdauer nicht bei Ziehmüttern untergebracht werden, in deren Pflege sich andere gesunde Kinder befinden. 10. Die Erziehungsberechtigten sind anzuhalten, die in die Liste eingetragenen Kinder nicht nach auswärts in Pflege zu geben. Geschieht dies dennoch, so hat das Fürsorgeamt

Digitized by Google

die auswärtigen Pflegeeltern oder die je nach den Umständen sonst geeignete Stelle (Gemeindewaisenrat usw.) von der Krankheit des Kindes zu benachrichtigen. 11. Die in die Liste eingetragenen syphilitischen Kinder sind dem Ziehkinderarzt drei Jahre hindurch regelmäßig, und zwar etwa alle drei Monate vorzustellen. 12. Die durch die Behandlung syphilitischer Kinder auf Grund dieser Bestimmungen entstehenden Kosten werden von der Stadtgemeinde Dresden, zunächst versuchsweise auf zwei Jahre, getragen. Fritz Loeb-München.

Die Hygiene des Mundes bei Syphilitikern, von Georges Baroncelli. (Inaug.-Diss., Lyon, 1911, Nr. 125.) Eine streng durchgeführte Mundhygiene ist imstande, die Häufigkeit von Affektionen der Mundschleimhaut wesentlich herabzusetzen. Vor allem ist es notwendig, die banalen Läsionen im Munde — Karies, Zahnspitzen, Pyorrhöe — sorgfältig zu behandeln, da sie zu syphilitischen Läsionen und zu Störungen in der Behandlung Veranlassung geben können. Allgemeinbehandlung ist die beste Prophylaxe gegen spezifische Läsionen, doch darf auf den äußerst günstigen Einfluß einer lokalen Behandlung nicht verzichtet werden. Vor jeder spezifischen Therapie ist genaueste Kontrolle des Mundes geboten. Fritz Loeb-München.

Zur Frage des jetzigen Standes der Luesbehandlung in der Praxis, von Lenzmann-Duisburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Verfasser betont, daß seit der Einführung des Salvarsans die Aussichten, eine frische luetische Infektion durch eine energische Behandlung auszurotten und zur definitiven Heilung zu bringen, bedeutend besser geworden sind. Der in der Praxis stehende Arzt, der meistens die frischen, noch im Stadium der zweiten Inkubation stehenden Luesfälle sieht, muß nach sicherer Stellung der Diagnose sofort ausgiebig behandeln, um möglichst durch diese erste Behandlung die Krankheit zum definitiven Abschluß zu bringen. In jedem Falle ist von vornherein Salvarsan anzuwenden und dieses mit Quecksilber und Chinin zu kombinieren. Die Anwendungsform des Salvarsans ist die intravenöse Injektion. In der Praxis soll man mit 0,2 beginnen und nicht über 0,3 hinausgehen. Auf diese Weise kann man innerhalb 8 Tagen in 3 Injektionen jedem Patienten, der keine besondere Kontraindikation bietet (Zentralnervensystem, Kreislaufapparat) 0,8 des Mittels ohne Bedenken beibringen. An den zwischen diesen intravenösen Injektionen liegenden Tagen, am 2. und 3., am 5., 6. und 7. Tage sind intravenöse Injektionen von 0,2 bis 0,4 Chinin. lactic. zu geben. [Chinin. lactic. 5,0 (Boehringer), Aqu. destill. steril 50,0, Natr. chlorat. purissim. 0,4. 2 ccm zu injizieren.] Nach dieser Kur ist unmittelbar anschließend eine etwa 10tägige Quecksilberkur mit löslichen Präparaten einzuleiten (Hg. oxycyanat.). Ergibt die serologische Untersuchung 14 Tage nach Abschluß dieser kombinierten Kur kein negatives Resultat, dann muß eine neue Kur eingeleitet werden, die je nach dem Grade der Reaktion nur eine Salvarsanbehandlung oder wieder eine kombinierte Behandlung sein soll. Eine negative Reaktion ist durch eine energisch fortgesetzte Behandlung anzustreben. Ob diese negative Reaktion eine definitive Heilung bedeutet, bedarf einer längeren Beobachtung. Die oben angegebene Kur ist ambulant durchführbar. Maximilian Franz-Dresden.

Vergleichung des therapeutischen Wertes der verschiedenen Behandlungsarten bei Syphilis auf Grund der Wassermannschen Reaktion, von H. W. Bayly-London. (Lancet, 11. Nov. 1911.) Es wurden miteinander verglichen die Methoden der internen Darreichung von Pillen, der intramuskulären Kalomelinjektion, der Salvarsaninjektion (intramuskulär und intravenös), der Schmierkur und der Anwendung von Suppositorien. Untersucht wurden 100 Patienten mit 270 Proben; es kommen hinzu die vom Verfasser bei früherer Gelegenheit publizierten Beobachtungen über 231 weitere Fälle. Nach diesen Untersuchungen ergibt sich, daß das Salvarsan von allen Mitteln

Digitized by Google

am schnellsten einen Umschlag der positiven Reaktion in eine negative bewirkt; an zweiter Stelle käme die Schmierkur resp. die intramuskuläre Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten, während die Heilwirkung der Pillen und der Suppositorien ziemlich weit hinter diesen zurücksteht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die moderne Behandlung der Syphilis, von J. F. Schamberg-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Nov. 1911.) Zusammenfassende Darstellung der heute geltenden Grundsätze über die Pathologie und Therapie der Syphilis. Bezüglich des Salvarsans sagt Verfasser, daß auch heute noch kein endgültiges Urteil über seine Einwirkung auf Syphilis bestehe. Wenn auch nur in Ausnahmefällen syphilitische Erscheinungen auf Salvarsan nicht reagieren, so ist damit über eine Dauerheilung der Syphilis noch nichts gesagt. Als Kriterium einer Heilung betrachtete er, abgesehen von der klinischen Abwesenheit aller Symptome, eine dauernd negative Wassermannsche Reaktion, d. h. er betrachtet den positiven Wassermann als Symptom der Syphilis, das dementsprechend zu bewerten und zu behandeln ist. W. Lehmann-Stettin.

Über die praktischen Resultate der neueren Fortschritte bei der Diagnose und Therapie der Syphilis, von J. H. Sequeira-London. (Lancet, Jan. 20, 1912.) Bietet dem Spezialisten nichts Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die neuen Regeln der Syphilistherapie, von Leredde. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 46.) Die alte Regel, Quecksilberbehandlung während vier Jahren, soll durch folgende vervollständigt werden: Injektionsbehandlung mit löslichen oder unlöslichen Salzen in Dosen von 1,6—2 g Hg die ersten 2 Jahre, von 0,8—1 g Hg die beiden folgenden. Ist ein Kranker derartig behandelt, so kann er nach 5 Jahren heiraten, wenn er im Laufe des 5. Jahres keine Erscheinungen hatte, außer wenn die Wassermannsche Reaktion positiv bleibt. In diesem Falle soll weiterbehandelt werden, bis sie negativ wird. Für das Salvarsan lassen sich noch keine Regeln aufstellen, sollte es sich aber herausstellen, daß dieses Mittel regelmäßiger und schneller wirkt, als das Quecksilber, so müßte es in der Praxis in vorwiegendem Maße angewendet werden. Da ferner die Sterilisation der Syphilis in der primären Periode möglich ist, so muß sie jeder Arzt versuchen. Hierzu eignen sich die wiederholten Salvarsaninjektionen, während dies von einer intensiven Merkurialkur nicht bewiesen ist. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der Behandlung der Syphilis mit Hektine und Hektargyre, von Felix Dive. (Thèse de Paris, 1910.) Die klinische Erfahrung hat gelehrt, daß die Hektine das am wenigsten toxische antisyphilitisch wirkende Arsenderivat ist, das wir kennen. Unter ihrer Einwirkung, die sich besonders in den Muskeln und der Haut lokalisiert, kommen die Hauterscheinungen bald zum Stillstand, zur Resorption und Epidermisierung. In Form von Lösungen, Pulver oder Salbe auf die Haut- oder Schleimhautläsionen gebracht, übt sie eine mächtige keratoplastische Wirkung aus. In Tropfen- oder Pillenform eingenommen, kommt es ebenfalls zu einer guten Wirkung, ohne daß der Verdauungskanal darunter leidet. Bei subkutaner Injektion kommt es zu vorübergehender Schmerzhaftigkeit und Ödembildung, nie aber zu Knotenbildung und Entzündung. In die Glutäalmuskulatur injiziert, wirkt sie entweder ganz schmerzlos oder mit nur geringer Schmerzerregung. Der Einfluß auf das Blut und das Allgemeinbefinden ist sehr günstig. Die kurative Wirkung ist eine rapide in allen drei Stadien der Lues. Gewisse Syphilide, wie die papulösen, lentikulären, miliaren und psoriatiformen werden allerdings weniger schnell beeinflußt. Hier hat eine energischere Therapie Platz zu greifen. Da das Mittel löslich, schnell resorbiert und eliminiert ist, sind massive Dosen überflüssig, gleichwohl haben Dosen von 0,5—0,7 g bei Injektion keine unerwünschten Nebenwirkungen. Es empfiehlt sich beim Erwachsenen auf stomachalem Wege oder durch Injektion täglich 0,1 oder ein über den anderen Tag 0,2 Hektine zu verabfolgen.

Digitized by Google

Als starke Dosen kann man täglich 0,2 g. oder wöchentlich dreimal 0,4 g Hektine geben. Beim Kinde empfehlen sich Dosen, je nach dem Alter, von 0,03—0,05—0,1 g. Beim Säugling scheinen Dosen von 0,01—0,03 g pro die zu genügen. Im ganzen soll man bei der Verwendung der Hektine 2 g, in Fällen maligner Syphilis vielleicht 3 g verwenden. Bei alten Arteriosklerotikern ist Vorsicht am Platze. Treten im Laufe der Hektinebehandlung Nebel vor den Augen auf oder Herabsetzung der Sehschärfe, so ist das Mittel sofort auszusetzen. Ist im Laufe der Behandlung eine gemischte Therapie nötig, so kann man zur Arsen-Quecksilberkur übergehen. Man macht alternierende Injektionen von Hektine und Hg., oder man gibt alle zwei Tage eine Hektine und alle Wochen eine Hg-Ölinjektion. Außerdem kommt die Anwendung der Hektargyre in Frage. Hektargyre ist eine Kombination von Hektine mit Oxyzyanat, welche eine intensive spezifische Therapie gestattet. Besonders ist diese Kombination bei maligner Frühsyphilis am Platze, die rebellische Erscheinungen macht und im tertiären Stadium der Krankheit. Der Verdauungskanal verträgt das Mittel gut, das auch bei Injektionen weder Induration noch Entzündung hervorruft. Im allgemeinen ist der Schmerz ein geringer. Zur Injektion wählt man die Glutäalmuskulatur. Die Verordnungsweise und die Kontraindikationen der Hektargyre decken sich mit denen der Hektine. Reine Hektine oder solche in Verbindung mit Quecksilber ersetzt gut das reine Quecksilber bei refraktären oder intoleranten Fällen, außerdem bei anämischen und kachektischen.

Fritz Loeb-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Frage der Fürsorge der mit venerischen und mit Hautkrankheiten behafteten Frauen der Petersburger Arbeiterklasse. (Nach den jährlichen Berichten des städtischen Kalinkinhospitals für die Zeit von 1898—1907), von Prosskurjakow. (Russki Wratsch 1912, Nr. 18, 19, 21, 24 und 27.) Aus dieser längeren, das Vorkommen der venerischen, wie auch der Hautkrankheiten unter der weiblichen Arbeiterbevölkerung Petersburgs betreffenden Arbeit sei nur hervorgehoben, daß im Laufe von 10 Jahren im Kalinkinhospital 3059 Frauen mit Syphilis recens zur Beobachtung gekommen sind, von denen 930 keinen Primäraffekt aufwiesen. Unter den übrigen 2129 Kranken mit frischer Lues zeigten 1 Sklerose 1774 (83,3%), 2 Sklerosen 227 (10,7%), 3 Sklerosen 70 (3,3%) und 4 Sklerosen 19 (0,9%). Rechnet man noch die Kinder mit Sklerosen hinzu, so kamen in dieser Zeit 2144 Sklerosen zur Beobachtung, darunter 1993 (93%) genitaler und 151 (7%) extragenitaler Natur. Nach dem Sitz verteilten sich dieselben, wie folgt: 867 (43,5%) Sklerosen der großen Schamlippen, 481 (24,1%) der kleinen Schamlippen, 203 (10,2%) der Fossa navicularis, 153 (7,7%) der Vagina, 137 (6,8%) der Cervix uteri. Von den extragenitalen Sklerosen saßen 75 (49,7%) auf den Mundlippen, 40 (26,5%) auf den Mammae, 21 (13,9%) auf den Tonsillen, je 3 (2%) auf den Wangen, auf den Fingern und auf den Augenlidern.

Arth. Jordan-Moskau.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. September 1912 | Nr. 38 | Band 55

Aus dem Universitätsinstitut für Hygiene in Lemberg. (Direktor: Prof. Dr. P. Kucera.)

Über den praktischen Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoischen Erkrankungen.

Von

Dr. J. T. Lenartowicz, Primararzt des allgem. Landesspitals.

Die von Bordet-Gengou angegebene Reaktion der Komplementbindung als diagnostische Methode und zur Feststellung der spezifischen Antikörper, respektive Antigene im Blutserum an einer Infektion erkrankter Individuen, allgemein bekannt in ihrer Anwendung bei Syphilis als Wassermann-Bruck-Neissersche Reaktion, ist in kurzer Zeit in praktischer wie wissenschaftlicher Bedeutung eine so hervorragende serologische Methode geworden, daß es heute nicht eine Infektionskrankheit gibt, bei der diese Methode nicht angewendet wäre. Die Reaktion tritt, wie bekannt, am allerdeutlichsten dort auf, wo der menschliche oder tierische Organismus, sei es infolge zufälliger Infektion, sei es infolge künstlicher aktiver Immunisierung, sich gegen Infektionserreger durch Erzeugung von spezifischen Antikörpern im Blute verteidigt. Der Nachweis einer gewissen Gruppe dieser Antikörper mittels der Reaktion von Bordet-Gengou ist für uns ein Beweis, daß der betreffende Organismus auf das Zusammentreffen mit einem Infektionserreger mit einem allgemeinen Kampf erwidert hat. Vermittels der Komplementbindungsmethode können wir spezifische Antikörper im Blute von Personen, die mit Syphilis, Tuberkulose, Scharlach, Lepra, Typhus u. ä. infiziert worden sind, feststellen. Je allgemeiner die Reaktion des Organismus auf die betreffende Infektion, desto sicherer können wir hoffen, mit Hilfe der Komplementbindungsreaktion spezifische Antikörper im Blute durch längere oder kürzere Zeit aufzufinden.

Andererseits haben wir nur sehr geringe Aussichten einer erfolgreichen Anwendung dieser Reaktion dort, wo es sich nur um eine lokale Infektion handelt, wo der Organismus auf die Infektion keine Allgemeinreaktion gibt.

Zu den Krankheiten, die nicht nur keine dauernde, sondern auch keine vorübergehende Immunität erzeugen, gehört die Gonorrhöe.

Digitized by Google

Es ist jedermann bekannt, daß es bei dieser Erkrankung weder eine angeborene, noch weniger eine erworbene Immunität gibt; eine einmalige gonorrhoische Infektion schützt nicht vor neuerlichen Infektionen und auf der erkrankten, mit chronischer Gonorrhöe behafteten Urethralschleimhaut entstehen nicht selten Exazerbationen des Krankheitsprozesses, ja es kann sogar ein neuer Infektionszustand kommen (Superinfektion).

Außerdem ruft diese Erkrankung, als eine lokale — wenigstens in der Mehrzahl der Fälle — nur eine lokale Reaktion hervor, ist somit ein zu schwacher Reiz, um eine Reaktion des ganzen Organismus zu erzeugen, um eo ipso spezifische Antikörper zu bilden.

Wenn aber die Gonorrhöe aus einer lokalen und unkomplizierten, sei es durch ununterbrochenes Vordringen der Erreger von Organ zu Organ, sei es auf dem Wege der Blut- und Lymphgefäße, zu einer Allgemeinerkrankung wird, dann antwortet der Organismus schon mit einer Allgemeinreaktion, und der Ausdruck dieser Reaktion ist unter anderem das Erscheinen der spezifischen Antikörper im Blut.

Die ersten, welche die Anwesenheit dieser spezifischen Antikörper im Blute Gonorrhöekranker nachgewiesen haben, waren Müller und Oppenheim. Diese Autoren haben zum erstenmal die Komplementbindungsreaktion in einem Falle von Gonorrhöe, kompliziert mit gonorrhoischer Gelenkentzündung, angewendet und überzeugten sich, daß das Blutserum dieses Kranken zusammen mit einem aus Gonokokken bereiteten Antigen das Komplement des hämolytischen Systems bindet, was bei Anstellung der Reaktion durch vollständige Hemmung der Hämolyse sich kundgab.

Zu denselben Ergebnissen gelangte Bruck, welcher auf Anwesenheit spezifischer Antikörper Blut von Kranken mit gonorrhoischen Adnexveränderungen, mit gonorrhoischer Gelenkentzündung, endlich Blut eines Kranken mit Gonorrhöe, kompliziert mit gonorrhoischer Entzündung des Nebenhodens und der Iris, untersucht hatte. Auch er erhielt mit Hilfe der Komplementbindungsreaktion Hemmung der Hämolyse im hämolytischen System. Derselbe Autor untersuchte auch Blutsera von gegen Gonorrhöe künstlich immunisierten Tieren und überzeugte sich, daß sogar dort, wo spezifische Agglutinine nicht zu finden waren, mittels der Reaktion von Bordet-Gengou spezifische Antikörper sich leicht nachweisen ließen. Auf Grund dieser Untersuchungen hat Bruck angenommen, daß komplimentbindende Antikörper im Blute unabhängig von Agglutininen erscheinen. Gegen Brucks Annahme scheinen jedoch die Untersuchungen Vannods zu sprechen. Unabhängig von den Arbeiten Müllers und Oppenheims wie auch Brucks führte Vannod eine Reihe von serologischen Untersuchungen zur Prüfung der biologischen Eigenschaften

Digitized by Google

der Gonokokken aus und indem er bei diesen Arbeiten die Agglutinationsprobe und die Reaktion von Bordet-Gengou anwandte, gelangte er im Gegensatz zu Bruck zu dem Schlusse, daß man sowohl Agglutinine wie auch für Gonokokken spezifische Antikörper im Blute von gegen Gonorrhöe immunisierten Tieren gleichzeitig nachweisen kann. Die Reaktion von Bordet-Gengou erwies ihm auch schätzbare Dienste bei dem Nachweis biologischer Unterschiede zwischen Meningokokken und Gonokokken. Weder Extrakte aus Gonokokken in Gegenwart von Blutserum mit Meningokokken immunisierter Tiere, noch umgekehrt Meningokokkenextrakte zusammen mit Gonokokkenserum verursachten Hemmung der Hämolyse, während hingegen diese Erscheinung immer aufgetreten ist, sobald zu spezifischen Sera Extrakte derselben spezifischen Bakterien verwendet wurden. Alle genannten Forscher wiesen von Anfang schon darauf hin, daß die von ihnen benützte Komplementbindungsreaktion in gewissen Fällen in der Praxis diagnostische Bedeutung haben kann. Bruck allerdings sprach dieser Reaktion mit großer Wahrscheinlichkeit in Fällen unkomplizierter Gonorrhöe einen Wert ab. Aus seinen Untersuchungen konnte geschlossen werden, daß perkutane Impfung von Gonokokkenvakzinen, nach Art der Pirquetschen Tuberkulinimpfung, eine ausgedehntere Bedeutung haben kann. Die kutane Anwendung von Gonokokkenvakzinen gab positive Reaktion sogar bei solchen Individuen, die vor Jahren gonorrhoisch infiziert waren.

Dieselben Erfahrungen machte Köbler, indem er neben der Behandlung mit Gonokokkenvakzinen die Kutisreaktion benützte.

Soviel ich aus der mir zugänglichen Literatur entnehmen kann, haben die Reaktion von Bordet-Gengou zu diagnostischen Zwecken bei gonorrhoischen Komplikationen, außer den oben genannten, nicht viele Autoren verwendet (Foix und Salin, Stern, Dembska Merkuriew, Schwartz und A. Mac Neil). Die Veröffentlichung meiner Beobachtungen, die ein Material von 125 Fällen zugrunde haben, dürfte einen Beitrag zu der nicht allzu zahlreichen Statistik bilden.

Das Ziel meiner Untersuchungen war der Nachweis, inwiefern die Komplementbindungsmethode bei der Erkennung gonorrhoischer Komplikationen praktisch sich bewähren kann, besonders bei Feststellung von Befunden mit nicht ganz sicheren klinischen Symptomen. Es ist ja bekannt, daß es einen gewissen Prozentsatz von gonorrhoischen Komplikationen gibt, wo weder die Anamnese noch die klinische Untersuchung sogar mit Hilfe des Mikroskops uns absolute Sicherheit gibt, daß die vorhandene Komplikation eine Folge der bestehenden oder vorausgegangenen Gonorrhöe wäre.

Wir sind ja nicht selten in der Lage, zu beobachten, wie eine wenig

Digitized by Google

schmerzhafte Nebenhodenentzündung mit subakutem oder chronischem Verlauf — wo wir aus der Anamnese erfahren, daß der Kranke eine oder mehrere Gonorrhöen durchgemacht hat, seit längerer Zeit keine Erscheinungen aufweist, mit Tuberkulose hereditär nicht belastet, sich nicht erinnert, jemals ein Trauma erlitten zu haben — anscheinend ohne Ursache und ohne akute Symptome auftritt. Mehrmalige Untersuchung der nicht zahlreichen Fäden im Urin, des spärlichen, künstlich hervorgerufenen Harnröhrensekretes, fürsorgliche Suche nach Gonokokken versagen hier, und das Resultat der Untersuchungen ist die Unsicherheit: gonorrhoische, tuberkulöse oder traumatische Epididymitis? Und die Gelenkentzündung bei Personen, welche entweder wenig ausgesprochene Gonorrhöesymptome, oder eine bestehende Gonorrhöe mit geringer Intensität aufweisen, läßt sich da auf Grund der Anamnese ausschließen, daß die Arthritis durch eine andere Ursache und nicht durch Gonorrhöe hervorgerufen ist? Auf ähnliche und vielleicht noch größere Hindernisse stoßen wir häufig in Fällen, wo wir die Ursache einer Gruppe gynäkologischer Erkrankungen, gewisser Entzündungen des Uterusinneren und der Adnexe, feststellen sollen. Wem ist es unbekannt geblieben, wie häufig die Untersuchung auf Gonokokken gerade bei Frauen versagt? Können wir denn auf Grund mehrfacher, wenn auch sehr gewissenhafter, jedoch mit negativem Ergebnis abgeschlossener Untersuchungen auf Gonokokken mit vollster Bestimmtheit ausschließen, daß diese oder jene Erkrankung der Gebärmutter oder ihrer Adnexe nicht gonorrhoischen Ursprungs sei?

Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe, einer Erkrankung, deren Diagnose zumeist leicht, anscheinend der Zuhilfenahme gar einer serologischen Untersuchung nicht benötigen sollte, wird sich, wie wir dies im folgenden sehen werden, als ein häufig wertvolles diagnostisches Hilfsmittel erweisen. So hat in einem Falle von Nebenhodenentzündung mit subakutem Verlauf bei einem Kranken, welcher mehrmals Gonorrhöe akquiriert hatte, seit längerer Zeit keinen Ausfluß gehabt hat und das einzige objektive Symptom, welches für die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Gonorrhöe sprechen möchte, spärliche, aus Eiterkörperchen, jedoch ohne Gonokokken, bestehende Fäden im Harn waren, die Annahme, daß es sich um eine gonorrhoische Epididymitis handle, erst der positive Ausfall der Reaktion nach Bordet-Gengou bestätigt.

In einem anderen Falle wiederum ließ sich die in Anbetracht anderer negativer Untersuchungsergebnisse zweifelhafte Diagnose einer gonorrhoischen Gelenkentzündung erst nach Ausführung der Bordet-Gengouschen Reaktion mit positivem Resultate mit voller Bestimmtheit stellen. Einmal sind neben einer mit Prostataabszeß komplizierten Gonorrhöe Erscheinungen einer Allgemeininfektion aufgetreten, und man hätte

Digitized by Google

annehmen können, daß in diesem Falle eine Verallgemeinerung der gonorrhoischen Infektion vorliege. Die mit dem Blutserum dieses Kranken ausgeführte Reaktion nach Bordet-Gengou bestätigte jedoch diese Annahme nicht, und man müßte mit aller Wahrscheinlichkeit zugeben, daß Gonorrhöe nicht die Ursache dieser Allgemeininfektion war. Die nachträglich vorgenommene bakteriologische Blutuntersuchung ergab im Blute keine Gonokokken, nur eine Reinkultur von Staphylokokken. In einigen anderen Fällen von perimetritischen Exsudaten zweifelhaften Ursprungs entschied erst der positive Ausfall der Komplementbindungsreaktion zugunsten der Gonorrhöe.

Ähnliche Fälle gibt auch Dembska an, welche der Komplementreaktion bei der Erkennung verschiedener gynäkologischer Erkrankungen eine große Bedeutung zuschreibt. In Fällen, die ich serologisch untersuchte, habe ich mir im vorhinein die Aufgabe gestellt, zu prüfen, bei welchen gonorrhoischen Komplikationen die Komplementbindungsreaktion uns diagnostische Aufklärungen abgeben kann und inwieweit der positive Ausfall der Reaktion eine mehr oder weniger sichere klinische Diagnose bestätigt.

Gestützt auf die Erfahrung und Untersuchungen anderer Autoren legte ich das Hauptgewicht auf diese gonorrhoischen Komplikationen, bei denen die Komplementbindungsreaktion positiv ausfallen sollte. Unter 125 untersuchten Fällen waren 22 Personen gesund resp. erkrankt, aber nicht an Gonorrhöe (Kontrollfälle). 103 Fälle betrafen Individuen mit komplizierter oder unkomplizierter Gonorrhöe.

Bevor ich an die Besprechung der Reaktionsergebnisse herantreten werde, will ich schon voraus bemerken, daß in den 22 gesunde oder nicht gonorrhoisch kranke Individuen betreffenden Fällen die Komplementbindungsreaktion nicht ein einziges Mal positiv ausgefallen ist, d. h. es wurden nicht einmal Spuren einer Hemmung der Hämolyse festgestellt.

Eine unabweisbare Bedingung zur Erlangung bestimmter diagnostischer Resultate mit Hilfe der Komplementbindungsmethode ist die Verwendung eines guten, sicher wirkenden Antigens mit genau bekanntem Titer.

Wir können zweierlei Antigene gebrauchen: entweder Extrakte von Bakterienkulturen (Bruck-Wassermann) oder Emulsionen von vorher im Schüttelapparate gründlich zerstoßenen Bakterien.

Im ersten Falle zentrifugieren wir die Emulsion einer 24- bis 48stündigen Kultur nach vorangegangener gründlicher Verreibung und gebrauchen als Antigen die über dem Sedimente stehende Flüssigkeit, im zweiten dient uns als Antigen direkt die gut geschüttelte Bakterienemulsion. Bei meinen Untersuchungen habe ich nur das nach der

Digitized by Google

zweiten Art bereitete Antigen verwendet. Ich suchte aus 48stündigen Gonokokkenkulturen eine möglichst dichte Emulsion in physiologischer Kochsalzlösung zu bereiten, stellte sie dann für 2—3 Stunden in den Schüttelapparat, erwärmte sodann diese Emulsion durch $^1/_2$ Stunde bei 56° C und nach Zusatz von $^1/_2$ % Karbolsäure verwahrte ich das derart fertig gestellte Antigen kühl. Zu Anfang benützte ich zur Antigenbereitung nur einen Gonokokkenstamm, später stellte ich ihn aus mehreren (3—4) Stämmen her und überzeugte mich, daß ein derartiges, aus mehreren Stämmen hergestelltes Antigen für die Reaktion von Bordet-Gengou entsprechender ist. Schwartz und Mac Neil, welche die Reaktion an Blutseris von 324 Fällen versucht haben, heben ausdrücklich hervor, daß für das sichere Auftreten der spezifischen Reaktion die Herstellung eines polyvalenten Antigens eine unbestrittene Bedingung ist, da nicht ein jeder Gonokokkenstamm die gleiche Fähigkeit der Komplementbindung besitzt.

Es wird auch empfohlen, ein polyvalentes Antigen aus 9—12 Stämmen zu bereiten.

Auch ich habe bei Gelegenheit der Titerbestimmung verschiedener Antigenarten beobachtet, daß ihre Kraft der Komplementbindung, je nach dem Stamm, eine ungleiche sein kann. Nicht einmal zeigten konzentrierte Emulsionen eines gewissen Gonokokkenstammes ein geringeres Vermögen der Komplementbindung, als dünne Emulsion eines anderen.

In einer Serie von Fällen gebrauchte ich als Antigen das „Arthigon" und überzeugte mich, daß auch in dieser Vakzine recht gute Resultate der Komplementbindung zu erzielen sind, doch darf die Verdünnung nicht größer sein als 1 : 3, während die Proben mit dem von mir hergestellten Antigen schon bei einer Verdünnung 1 : 9 scharf ausgefallen sind. Selbstverständlich lassen sich bezüglich des Wertes des Antigens keine allgemeinen Regeln aufstellen, man muß vor der Ausführung der Reaktion den Titer eines jeden Antigens genau bestimmen. Länger aufbewahrte Antigene müssen nach einer gewissea Zeit von neuem titriert werden. So oft ich zu den Proben ein neues Antigen verwenden sollte, prüfte ich vorher seinen Wert mit einigen Seris, die durch Proben mit einem anderen ausprobierten Antigen bereits bekannt waren. Unter den 103 Fällen von Gonorrhöe, bei denen ich die Reaktion nach Bordet-Gengou angewendet habe, waren 44 Fälle von gonorrhoischer Nebenhodenentzündung, 25mal gonorrhoische Gelenkentzündung, 12 perimetritische Exsudate, 12 Entzündungen der Bartholinischen Drüse, 2 periurethrale Abszesse, 1 gonorrhoischer Bubo, endlich 7 Fälle von Harnröhrengonorrhöe ohne Komplikationen.

Den Wert der Reaktion von Bordet-Gengou in den verschieden-

Digitized by Google

artigen Fällen von Gonorrhöe versinnlicht am besten die folgende Tabelle, in welcher die untersuchten Fälle in Gruppen zusammengestellt und für jede Gruppe die positiv ausgefallenen Reaktionen prozentualiter berechnet sind.

Die Bezeichnung ++ bedeutet vollständige Hemmung der Hämolyse (die Flüssigkeit über dem Sediment vollständig farblos), + teilweise, aber noch sehr deutliche Hemmung (Flüssigkeit über dem Sediment kaum rosarot), hingegen alle Fälle mit nicht ganz deutlicher Hemmung rechnete ich immer zu den negativen Ergebnissen. Wollen wir nun die Tabelle betrachten und hauptsächlich die Rubrik der Prozente:

Art der untersuchten Fälle von Gonorrhöe	Zahl	Positives Ergebnis der Reaktion			Negatives Resultat	Positives in %
		++	+	Summa		
Adnexentzündung	12	6	4	10	2	83,3
Gelenkentzündung	25	12	8	20	5	80
Epididymitis	44	19	4	23	21	52,2
Bartholinitis	12	1	2	3	9	25
Paraurethralabszeß	2	1	—	1	1	—
Bubo gonorrhoicus	1	1	—	—	—	—
Gonorrhöe ohne Komplikationen	7	—	—	—	7	—

Wenn wir auch in dieser Rubrik bedeutende Schwankungen wahrnehmen und wenn auch die Berechnung der Prozente unbedingt einen größeren Wert hätte, wenn wir in jeder Gruppe eine möglichst große und gleiche Zahl der Fälle hätten, so sehen wir trotzdem bei der Zusammenstellung in der allmählichen Verminderung der Prozente für die einzelnen Gruppen eine gewisse Anordnung. Das höchste Prozent der Hemmung der Hämolyse 83,3 % finden wir in der Gruppe der perimetritischen Entzündungen und Exsudate gonorrhoischen Ursprungs, — die kleinste Prozentzahl (25 %) in der Gruppe „Bartholinitis gonorrhoica", — eine über doppelt so große Zahl als diese letztere finden wir in der Gruppe der Nebenhodenentzündungen (52,2 %), und die Gruppe der Gelenkentzündungen nähert sich wiederum mit ihrer Prozentzahl derjenigen der perimetritischen Exsudate.

Fast alle Autoren, welche die zur Diagnose der gonorrhoischen Komplikationen angepaßte Reaktion von Bordet-Gengou benutzten, sind darüber einig, daß diese Reaktion in einer bedeutenden Zahl der Fälle einen großen diagnostischen Wert haben kann, während aber die einen ihr eine größere Bedeutung gegenüber derer gonorrhoisch Kranker ohne Komplikationen absprechen (chronische Gonorrhöe der Harnröhre oder Scheide, oder akute ohne Komplikationen, Bruck, Demska, Foix und Selin), behaupten andere, wie Merkuriew, Schwartz und Mac Neil, daß sogar in Fällen von Gonorrhöe ohne Komplikationen häufig die

Digitized by Google

Reaktion positiv ausfällt. Merkurjew gelangt auf Grund seiner Untersuchungen gar zum Schlusse, daß man die Gonorrhöe nicht als eine nur lokale Erkrankung betrachten darf, sondern als eine allgemeine, da sie die Bildung spezifischer Antikörper im Blute verursacht.

Meine eigenen Untersuchungen, wie aus der Tabelle ersichtlich, sprechen eher dafür, daß die Komplimentbindungsreaktion nur in Fällen von Gonorrhöe mit Komplikationen einen praktischen Wert haben kann. In sieben Fällen von Gonorrhöe ohne Komplikationen (der Harnröhre oder Scheide, akut oder chronisch) habe ich nicht ein einziges Mal nicht einmal Spuren einer Hemmung der Hämolyse erhalten, während in Fällen von Gonorrhöe mit Komplikationen diese Reaktion, wenn auch ungleich häufig, mehr oder weniger deutlich eingetreten ist, im allgemeinen in allen Fällen mit Komplikationen in 60,4 %. Merkurjew, der die Fälle anders gruppierte und zur Reaktion Antiforminextrakte von Gonokokken benutzte, hat größere Prozentzahlen erhalten, da er bei Gonorrhöe mit Komplikationen im allgemeinen auf 13 Fälle 12 positive Resultate (d. i. 96 %) und bei Gonorrhöe ohne Komplikationen, sogar bei vor längerer Zeit überstandener, ebenfalls, wie oben erwähnt, eine gewisse Anzahl positiver Ergebnisse der Reaktion bekommen hat.

Meine Untersuchungen zusammenfassend glaube ich folgern zu können, daß

1. die Komplementbindungsreaktion mittels eines Gonokokkenantigens niemals bei Gesunden auftritt, somit spezifisch ist,

2. ihre Spezifität bei Gonorrhöe sich in gewissen Grenzen zu diagnostischen Zwecken verwerten läßt,

3. daß man endlich ein positives Ergebnis dieser Reaktion am häufigsten (prozentualiter) erwarten soll in jenen Fällen von komplizierter Gonorrhöe, in denen diese Erkrankung ernstere exsudative Veränderungen hervorruft und je ausgedehnter letztere, desto häufiger positive Resultate der Reaktion aufzuweisen sind. Die wertvollsten Dienste kann uns die Reaktion in Fällen gonorrhoischer perimetritischer Entzündungen und Exsudate (83 % positiver Ergebnisse), wie auch in Fällen gonorrhoischer Gelenksentzündungen (80 %) leisten, somit gerade bei jenen gonorrhoischen Erkrankungen, bei denen so häufig die klinischen Symptome uns keine volle Gewißheit verschaffen können, ob unsere Diagnose richtig war.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 111, Heft 3, Juli 1912.

1. Neues von der Dermatitis capillitii (Kaposi), von Hans Vorkner-Leipzig. Kritische Literaturübersicht und Mitteilung eines Falles mit histologischem Befund, aus dem sich ergibt, daß die unkomplizierte Dermatitis capillitii unter der intakten Epidermis verläuft und nicht wie ähnliche, differenzialdiagnostisch in Frage kommende Affektionen an einen vorausgehenden Prozeß, z. B. an einen erkrankten Follikel, gebunden ist, sondern inter- und subfollikulär fortschreitet.

2. Mikroskopische Untersuchungen über Pemphigus chronicus, von B. Lipschütz-Wien. Verfasser berichtet über die Ergebnisse mehrjähriger mikroskopischer Untersuchungen bei Pemphigus chronicus. In der Hauptsache handelt es sich um die native Untersuchung des Blaseninhaltes und -Serums unter Anwendung von möglichst differenzierenden Färbeverfahren. Die bei der Mehrzahl der untersuchten Fälle erhobenen Befunde ergaben das Vorkommen zweier morphologisch von einander abweichender Mikroorganismen, für deren möglicherweise bestehende Zusammengehörigkeit in den bisherigen Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte gewonnen werden konnten. Verfasser beschreibt des genaueren die von ihm Cystoplasma oviforme und Anaplasma liberum genannten Gebilde. Auf Grund einer Reihe klinischer Momente, über die er sich des näheren ausläßt, und auf Grund seiner Untersuchungsresultate glaubt er, daß es sich beim Pemphigus um eine schwere Protozoenkrankheit handelt, bei der die Hauterscheinungen fast vollkommen das Krankheitsbild beherrschen.

3. Über den Fettgehalt der Epidermiszellen bei der Parakeratose, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. Aus den histologischen Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß bei parakeratotischen Zuständen der Haut im Gegensatz zu dem Verhalten in der normalen Haut histologisch feine Fetttröpfchen in den oberflächlichsten Epithelien nachzuweisen sind. Ähnliche, oft etwas größere Fetttröpfchen sind auch in der parakeratotischen Hornschicht vorhanden.

Diese Fetttröpfchen verleihen zusammen mit ganz feinen interzellulär und perinukleär geordneten Fetttröpfchen im Stratum Malpighii den Effloreszenzen des Ekzema seborrhoicum ihr gelblich fettiges Aussehen, und der Name Ekzema seborrhoicum ist für die damit bezeichnete Dermatose in gewissem Sinne berechtigt.

4. Über den Fettgehalt des Epithels der seborrhoischen Warzen, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. Die Warzen stammten von einer 34jährigen Dame und saßen in einer Anzahl von ein paar Dutzenden an Brust- und Bauchhaut. Sie waren etwa linsengroß, meistens recht flach, von fettig-gelblichem Aussehen und nur schwach pigmentiert.

Der Fettgehalt der Epidermis konnte nur an Schnitten, die gar nicht oder nur sehr kurze Zeit mit 70%igem Alkohol behandelt wurden, nachgewiesen werden.

Verfasser beschreibt im einzelnen, in welcher Form und Reichhaltigkeit die Fetttröpfchen in den einzelnen Schichten der Epidermis sich fanden.

5. Neurodermitis linearis psoriasiformis, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. „In dem von mir auseinandergesetzten Falle scheinen mir der dem Ausbruch der linearen Dermatose vorangehende Schmerz, die konkomitierenden Juckanfälle an den Effloreszenzen, die histologischen, einen Prozeß von oberflächlicher Dermitis mit desquamativem Charakter anzeigenden Daten, die histologische Demonstration einiger Läsionen der kleinen Nervenverzweigungen im Gebiete der Effloreszenz, Läsionen, die, sei es wegen

Digitized by Google

des klinischen Faktums des dem Ausbruch der Affektion vorangehenden Schmerzes, sei es wegen ihres histologischen Sitzes auch außerhalb der entzündlichen Hautzone, auch leicht als dem entzündlichen Prozeß selbst vorausgehende Läsionen gedeutet werden konnten, die von mir gewählte diagnostische Bezeichnung „Neurodermitis linearis psoriasiformis" zu rechtfertigen."

6. Ein Beitrag zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum, von Karl Herxheimer und Ferdinand Hell-Frankfurt a. M. Der mitgeteilte Fall betraf einen 16jährigen Schlosserlehrling; unter Zugrundelegung der besprochenen Literatur werden die wesentlichen Punkte des Pseudoxantoma elasticum in folgender Weise skizziert:

Es befällt beide Geschlechter ziemlich gleichmäßig, kommt in jedem Alter vor, tritt sehr oft im frühen Kindesalter auf und verändert sich klinisch gar nicht oder wenig. Subjektive Symptome fehlen so gut wie immer; sehr selten wird kaum merkliches Jucken angegeben. Die Veränderung betrifft besonders den bedeckten, etwas seltener den unbedeckten Körper, neigt zu symmetrischer Anordnung und familiärem Auftreten. Die Farbe ist meist gelblich, seltener bräunlich, elfenbeinfarbig, matt oder fast normal.

7. Über einen Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Syphilis und über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis, von Mattissohn-Berlin. Sehr eingehende Besprechung eines auf der Abteilung Buschke zur Beobachtung gelangten Falles und übersichtliche tabellarische Darstellung der Literatur, aus der hervorgeht, daß plötzlich auftretende Augenmuskellähmung bei Kindern fast ausnahmslos auf Rechnung ererbter Lues zu setzen ist. Der Ausfall der Wassermannschen Reaktion, der in dem beobachteten Fall negativ war, ist nur mit Vorsicht zu benutzen und kann nur klinische Erwägungen unterstützen.

8. Über die künstliche Züchtung von Leprabazillen in Tierleichen, von H. Nakano-Tokio. 1. Leprabazillen vermehren sich in der Leiche von japanischen Hausratten und Meerschweinchen.

2. Das Optimum des Wachstums ist 2—4 Tage nach der Inokulation nachzuweisen.

3. Der in der Leiche gewachsene Leprabazillus ist mit Fuchsin tiefrot tingiert, zeigt sehr oft verzweigte Formen.

4. Die in der Leiche gewachsenen Leprabazillen in die Bauchhöhle von Leichen gesunder Tiere übertragen, wachsen aufs neue.

5. Die Leprabazillen werden nach dem vierten Tage von Fäulnisbakterien allmählich überwuchert und schwinden vollständig aus der Leiche.

6. Eine Reinkultur von Leprabazillen mit Leichenteilen ist noch nicht gelungen.

9. Über Aplasia pilorum moniliformis, von R. Polland-Graz. Nach Ansicht des Verfassers hat man es bei der in der Überschrift genannten Erkrankung mit einer vererbten und angeborenen, oft bei mehreren Geschwistern vorkommenden Mißbildung der Kopfhaut und -haare, also mit einem Nävus zu tun, der vor allem durch eine, vorwiegend follikuläre, Hyperkeratose und durch eine eigentümliche Funktionsstörung der Haarpapillen charakterisiert ist, wodurch es zu regelmäßigen Schwankungen in der Wachstumsintensität der Haare kommt, was eben zur Bildung der Spindelhaare führt.

Eine Aufdeckung der Ursachen dieser Anomalie dürfte ebenso wie bei ähnlichen angeborenen Mißbildungen wohl kaum je gelingen.

10. Über den Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung bei Syphilis, von K. Altmann uud Fritz Zimmern-Frankfurt a. M. „An einem Material von 1902 Seren werden die Jakobsthalschen Angaben, daß die Wassermannsche Reaktion bei Ablauf der ersten Phase in der Kälte schärfer verlaufe, nachgeprüft.

Digitized by Google

Unter den 1902 Seren reagierten 1610 völlig gleich, und zwar 1025 negativ, 585 positiv, von den übrigen 292 gaben 216 bei Wärmebindung, 247 bei Kältebindung positive Wassermannsche Reaktion. Wir haben somit nach der Jakobsthalschen Versuchsanordnung bei unserem Material 31 positive Reaktionen unter im ganzen 832 positiven Seren mehr erhalten. Wenn wir trotzdem die Jakobsthalsche Methode nur neben dem bisher üblichen Verfahren empfehlen, so veranlaßt uns dazu der Umstand, daß wir in Übereinstimmung mit Guggenheimer neben den nur bei Kältebindung positiven Seren auch eine große Reihe solcher gefunden haben, die nur bei der bisher üblichen Wärmebindung positive Reaktionen gegeben haben. Dies war besonders bei Primäraffekten der Fall.

11. Über einen seltenen Fall von primärem, multiplem Riesenzellensarkom der Haut mit Metastasen in inneren Organen bei einem sechs Monate alten Kinde, von J. Odstrčil-Prag. Der sehr seltene Fall wird mit genauem Sektionsbefund und eingehenden histologischen Untersuchungen wiedergegeben.

12. Beiträge zur Pathogenese des Ekzems, von St. Weidenfeld-Wien. Zahlreiche lange Versuchsreihen, aus denen Verfasser folgende Schlußfolgerungen zieht:

1. Die Haut der Ekzemkranken erweist sich gegenüber der der Gesunden verändert. Der Ausdruck hierfür ist die Reaktion auf Krotonöl, die entweder in stärkerem Maße auftritt (akute Reaktion) und bei akuten und ausgedehnten Ekzemformen sich findet, oder in schwächerem Maße auftritt, aber sich nach einiger Zeit (Latenzstadium), in das der Morphe des bestehenden Ekzems gleiche Ekzem, umwandelt (transformierte Reaktion). Im ersten Falle ist die Latenzzeit eine kurze, im zweiten eine lange; dieselbe ist der Ausdruck der Veränderung des Hautorgans.

2. Der abgeheilte primäre Ekzemherd zeigt gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber den Reizen, genau so wie die übrige Haut.

3. Durch Reizung des primären Herdes lassen sich sekundäre künstlich erzielen, deren Lokalisation wieder von äußeren Reizen abhängig ist.

4. Die Möglichkeit des Hervorrufens sekundärer Herde bei Ekzematösen legt die Analogie mit anderen Hauterkrankungen, wie Urtikaria, Dermographismus usw., nahe.

5. Die Ursache für die gesteigerte Erregbarkeit der Haut liegt gleichfalls in toxischen Substanzen, die für längere oder kürzere Zeit die Veränderungen der Haut hervorrufen.

6. Der Entstehungsort dieser toxischen Substanz muß mit Rücksicht auf das jahrelange Bestehen eines primären Herdes ohne Übererregbarkeit der Haut und der Möglichkeit des Erzeugens von sekundären Herden nach Reizung desselben in erster Linie in den primären Herd selbst verlegt werden; später kann jeder Herd dieselbe Fähigkeit gewinnen.

7. Die Entstehung des primären Herdes selbst kann auf chronisch rezidivierende, traumatische Reize zurückgeführt werden, und die supponierten toxischen Substanzen müssen als Reaktion der Haut auf diese Reize angesehen werden, wie die Verbrennungen und Röntgendermatitis.

8. Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß die Veränderungen der Haut auch durch ähnliche toxische Substanzen aus Erkrankungen innerer Organe oder durch andere Stoffwechselprodukte entstehen könnten.

9. Die Wirkung der toxischen Substanzen auf die Haut muß man sich als eine Art Sensibilisierung derselben auf traumatische Reize hin denken. Der Sensibilisierung entspricht auch manche anatomisch sichtbare und angeborene Veränderung der Haut, die funktionelle Sensibilisierung ist nur durch das nach Reizung entstehende Ekzem zu erschließen.

Digitized by Google

10. Die Reaktion einer solchen sensibilisierten Haut auf äußere Reize ist spezifisch, indem immer nur ein Ekzem resultiert, während die Reize selbst verschiedenartig sein können, oft jedoch scheint auch der Reiz der Hervorbringung eines Ekzemes spezifisch sein zu müssen, so daß die Abhängigkeit der Sensibilisierung vom Reize deutlich ist.

11. Die Morphe des Ekzems hängt mit der Hautbeschaffenheit zusammen.

W. Lehmann-Stettin.

Mai, Juni 1912, Bd. 112, Heft 5 u. 6.

1. Eine neue Haareinpflanzungsmethode, von Adolf Havas-Budapest. H. bespricht die Haarimplantationsmethode von Franz Székely. Er hat einige Fälle nachuntersuchen können, bei denen die Haarverpflanzung vor $5^1/_2$ Jahren vorgenommen wurde. Die implantierten, den ganzen Scheitel bedeckenden Haare waren noch intakt vorhanden, wurden also weder von den Gewebssäften verdaut, noch am Schlingenteil brüchig. Das Schicksal der mit Häkchen versehenen Goldschlinge ist höchstwahrscheinlich, daß sie durch sklerotisierendes Bindegewebe inkapsuliert wird. Weder durch Klopfen, noch durch Massieren der betreffenden Stelle ließen sich Schmerzen hervorrufen. Trotzdem jeweilig 10—20000 Haare eingepflanzt wurden, ist der Verbrauch von Gold kaum mehr als ein Gramm. Die implantierten Haare können gewaschen, gebürstet und gekämmt werden und werden zur Erhaltung ihres Glanzes und ihrer Geschmeidigkeit von Zeit zu Zeit mit Öl befettet. Verfasser glaubt, daß die Methode von Székely ganz ernst zu nehmen ist, praktisch durchführbar, kosmetisch und hygienisch ist und dauernden Haarersatz bietet.

2. Über partielle traumatische Transplantation von Fingernägeln, von Egon Ewald Pribram-Wien. Ein $12^1/_2$jähriger Knabe hatte sich im Alter von $5^1/_2$ Jahren eine Verletzung des rechten Ringfingers zugezogen, bei der die letzte Phalange durchgequetscht wurde und radialwärts an den Weichteilen hing, aber nach der Adaption vollständig wieder anheilte, mit Ausnahme des zum größten Teile abgelösten Nagels. Der Nagel wuchs wieder, aber um etwa den vierten Teil kürzer als der ursprüngliche Nagel, während an der Stelle der Verletzung ($^1/_2$ cm oberhalb des Gelenkes) ein zweiter Nagel wuchs, der jetzt operativ entfernt wurde. W. Lehmann-Stettin.

Folia Urologica.

Bd. 6, Nr. 11, Juli 1912.

1. Fibröse Perinephritis bei harnsaurer Diathese, von G. v. Illyés-Budapest. Bei harnsaurer Diathese verursachen die auf der Capsula propria der Niere sich ausscheidenden harnsauren Kristalle einen entzündlichen Prozeß (Perinephritis fibrosa), der in heftigen kolikartigen Nierenschmerzen, eventuell Nierenblutungen sich äußert. Bei der Operation, die in der Exstirpation der verdickten, narbigen Nierenkapsel besteht, konnte Verfasser in drei Fällen in der Nierenkapsel und an der Nierenoberfläche die auch mit freiem Auge sichtbaren glitzernden Harnsäurekristalle nachweisen. Bei einem Falle mußte Verfasser die Operation dreimal ausführen, und zwar während eines Zeitraumes von drei Jahren; seit den letzten zwei Jahren befindet sich der Patient aber vollständig wohl.

2. Die traumatische Hydronephrose, von Paul Wagner-Leipzig. Von pathologisch-anatomischem bzw. chirurgischem Interesse. W. Lehmann-Stettin.

Bd. 7, Nr. 1, August 1912.

1. Über Operationen bei Ureterensteinen, von James Israel-Berlin. Israel hat 61 Operationen wegen Ureterstein ausgeführt und zieht in der vorliegenden Arbeit aus

Digitized by Google

diesen reichen Erfahrungen seine Schlußfolgerungen, die in erster Linie von chirurgischem Interesse sind. Interessant ist seine Bewertung der verschiedenen diagnostischen Maßnahmen, insbesondere der Röntgenuntersuchung, auf die er bei richtiger und vollständiger Ausführung großes Gewicht legt. Er hält chirurgischen Eingriff stets für notwendig, wenn nicht eine Tendenz zur Abwärtswanderung und zum Hinabsteigen des Steines in die Blase ersichtlich ist. Die Art der Operationen hängt von den Begleitumständen ab. Von 53 Operierten starben nur zwei mit chronischer Fettentartung des Myokards an Herzlähmung; unter 27 unkomplizierten Ureterolithotomien starb keiner.

2. Nierenschädigungen als Konsequenz eines Traumas der anderen Niere. Experimentelle Untersuchungen, von ROBERTO FALCONE-Neapel. Der Verfasser hat Hunden schwere Kontusionen des Parenchyms einer Niere beigebracht und hat dann die anatomischen Veränderungen untersucht, die in der anderen Niere auftreten. Er hat immer Blutungen, Entzündungen, Degenerationen und Sklerosen gefunden; ferner Albuminurie mit Zylindrurie. Er nimmt an, daß in der gequetschten Niere sich Zytolysine bilden, die sekundär die andere Niere angreifen. Praktisch wichtig ist, daß unter Umständen bei Nierenquetschung die konservative Therapie schädlich sein kann, da von der zerquetschten Niere aus für die gesunde Niere schädliche Substanzen in den Kreislauf eintreten können.

3. Technik operativer Eingriffe in der Urethra posterior in meinem Operationsurethroskop, von ERICH WOSSIDLO-Berlin. Verfasser gibt ein neues Operationsinstrumentarium an, das im Irrigationsurethroskop von H. WOSSIDLO arbeitet und aus einer speziellen Optik, sowie einem Satze von Operationsinstrumenten besteht, die aus einer Ebene heraus frei beweglich sind und je nach Bedarf während derselben Sitzung gewechselt werden können, ohne den Tubus entfernen zu müssen. Am besten verständlich an der Hand der beigegebenen Abbildungen. W. Lehmann-Stettin.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Bd. 53, Heft 1.

Dieses Heft enthält den Bericht über die 13. Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis. (Rom, 17. bis 19. Dez. 1911.) Es werden folgende Demonstrationen, resp. Vorträge gehalten:

Öffentliche und private Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von TRUFFI.

Über neue Normen der rationellen Syphilisbehandlung, von BARDUZZI. (Vierjährige energische Behandlung mit Intervallen; Salvarsan kann Hg nicht ersetzen, es kann in besonderen Fällen vorübergehend an Stelle des Quecksilbers gesetzt werden. Das Verschwinden der WASSERMANNschen Reaktion ist kein Zeichen der Heilung und keine Indikation zum Aussetzen der Behandlung.)

Kulturen von Mikrosporon Iris und zwei Fälle von Tinea mikrosporica durch Mikrosporon equinum, von PASINI.

Keratosis follicularis spurilosa mit spezieller Lokalisation im Gesicht, von BOTTELLI.

Nomenclatura dermatologica, von BARDUZZI.

Über einen Fall von Neurodermitis linearis psoriasiformis und über den sogenannten Lichen albus ZUMBUSCH, VIGNOLO-LUTATI.

Kaninchensyphilis, von TRUFFI. Impfung leprösen Gewebes in die vordere Augenkammer von Kaninchen. Purpura anularis teleangiectodes. Nageltrichophytie.

Über die Verteilung des elastischen Gewebes in den Corpora cavernosa des Penis und der Glans, von ERCOLI.

Fall von Anaphylaxie durch Scharlach R., von LOMBARDO.

Digitized by Google

Klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Zur Pathogenese des Erythema perdio, von SIMONELLI.

Über den klinischen Wert der Anaphylaxie in der Dermatologie, von BARDUZZI.

Polymorphes Erythem der Mundschleimhaut, von TERZAGHI.

Lupus und Epitheliom. — Syphilis und Epitheliom, von GARIBALDI.

Salvarsan bei den papulösen Formen der Syphilis, von GALIMBERTI.

Über Produktion von spezifischen Antikörpern bei mit Nukleoproteiden von syphilitischen Organen behandelten Kaninchen, von G. DI CRISTINA und M. CIPOLLA.

Demonstration von Sporozoa, von CAMPANA. Haas-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die Prostatahypertrophie. Ihre Pathologie und Therapie, von W. KARO. (Oscar Coblentz, 1912.) In einer nur 50 Seiten zählenden, CASPER gewidmeten, kleinen Monographie bringt KARO Anatomie, Klinik, Therapie der Prostatahypertrophie. Unter dieser will er ein Leiden verstanden wissen, „welches vorzugsweise im höheren Alter zu einer Reihe von Blasen- resp. Miktionsstörungen führt, ohne daß sonstige Störungen am Harnapparate vorliegen". Der Begriff „Prostatahypertrophie" ist nur mit großer Reserve zu verwenden. Bei der noch dunklen innersekretorischen Rolle der Prostata, der mit einer solchen in Verbindung stehenden Wechselbeziehung zwischen Hoden und Prostata, der unklaren Bedeutung der Altersinvolution der Prostata für die Funktion der Harnorgane usw. usw. empfiehlt es sich für viele Fälle von „Prostatismus" zu reden. Das Symptomenbild kommt hier zustande ohne eine Vergrößerung der Prostata.

Mit den kurzen entwicklungsgeschichtlichen Notizen und der Darstellung der nicht einfachen Anatomie der Prostata, der vor allem durch TANDLER und ZUCKERKANDL geförderten Pathologie der Prostatahypertrophie, der Diagnose der beginnenden und vorgeschrittenen Erkrankung und den Richtlinien einer sorgsamen Überwachung und Therapie wird jeder Urologe sich ganz einverstanden erklären. Ebenso dürfte Übereinstimmung herrschen, daß die suprapubische Prostatektomie, deren Gang KARO klar schildert, die Operation der Zukunft bleibt. Weniger Zustimmung dürfte KARO finden, wenn er für die in seiner kurzen Darstellung sich allzusehr in den Vordergrund stellende Testikulintherapie, in welcher er schon eine Kausaltherapie für Fälle mit starkem Harndrang ohne Residualurin erblickt, der Meinung sei, daß auch nur der Schatten einer physiologischen Begründung vorhanden ist. Interessant und hoffentlich nicht isoliert bleiben KAROS Erfolge mit dem Testikulin und auch mit dem Jotumbin (beide in Form intraglutaealer Injektionen). Delbanco.

Über Behandlung der Hauttuberkulose, von DOUTRELEPONT-Bonn. (Carl Marhold, Halle a. S. 1912.) In diesem 6. Hefte der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie usw. berichtet D. ausführlicher über seine Behandlung der Hauttuberkulose, als er es in Bd. 100 des Arch. f. Derm. tat, indem er aus dem reichen Schatze seiner praktischen Erfahrungen eine Reihe interessanter Krankheitsgeschichten wiedergibt. Schourp-Danzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Allgemeine Direktiven zur Behandlung Syphilitischer, von L. Gueyrat. (Bull. méd., 1912, S. 131.) Allgemeine Besprechung der therapeutischen Methoden. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Abortivbehandlung der primären Lues, von Voss-Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Zunächst führt Verfasser aus, daß nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft jeder Arzt, auch der die Allgemeinpraxis betreibende, imstande sein muß, bei einem verdächtigen Ulkus die Untersuchung auf Spirochäten auszuführen, und daß bei positivem Befunde die antisyphilitische Behandlung sofort einzusetzen hat. Diese wird nach V.s Erfahrungen am zweckmäßigsten durchgeführt durch Entfernung des Primärsyphilids und eine Kombination von Salvarsan (intravenös) und Quecksilber. Die Beseitigung des Primäraffekts ist entweder durch Exision oder durch Heißluftkauterisation oder mit dem Paquelinschen Brenner vorzunehmen. Theoretisch erscheint es richtig, das Kauterisieren erst einige (4—5) Tage nach der Salvarsaneinspritzung vorzunehmen, weil die darauf folgende reaktive Entzündung den Spirochäten einen Schutz gegen das Medikament bieten kann. Bei einer Serie von 23 Fällen hat V., im September 1910 beginnend, nach diesen Grundsätzen mit zweimaliger Salvarsandarreichung und intramuskulären Einspritzungen von Hg.-Salizylat verfahren. Bei 11 Fällen, welche bisher dauernd verfolgt werden konnten, war das Resultat jedenfalls sehr befriedigend.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über intravenöse Injektionen von Hydrargyrum formamidatum mit und ohne Hirudin, von Walther Raether-Ortelsburg. (Inaug.-Dissert., Bern 1910.) Die Arbeit ist zu einem Referat nicht geeignet. Fritz Loeb-München.

Das Aspirochyl in der Syphilistherapie, von A. Ferriani. (La Clin. med. ital., 1911, Nr. 7.) Das Aspirochyl soll örtlich nur ganz leichte Schmerzen verursachen und die Gewebe äußerst wenig reizen. Seine antiluetische Wirkung soll zwar schwächer, aber dauerhafter als diejenige der gewöhnlichen Quecksilberpräparate (Sublimat, Kalomel, Salizylat) sein. Das Präparat soll ferner eine starke kräftigende Wirkung ausüben.

In wenigen Fällen traten leichte und vorübergehende Störungen des Sehvermögens ein.

Man soll das Aspirochyl in allen Fällen versuchsweise anwenden, wo eine Idiosynkrasie für die gewöhnlichen hydrargyrischen Präparate besteht oder diese keine oder eine zu schwache Wirkung entfalten.

Jede Behandlung soll wenigstens aus 20 Injektionen von 0,05 (jeden zweiten Tag) bestehen. K. Rühl-Turin.

Ein durch Salvarsan wesentlich gebesserter Fall von Lues spinalis, von Kempner-Berlin. (Berl. Gesellsch. für Psychiatrie und Nervenkrankh. Protok. in Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Bei einem 34jährigen Manne, dessen Luesinfektion 10 Jahre zurücklag und bei welchem der Wassermann zweimal negativ ausfiel, wurde ein Tumor medullae spinalis in der Höhe des 4.—6. Zervikalsegmentes diagnostiziert. 24 Stunden nach einer Salvarsaninfusion waren die bestehenden Kontrakturen geschwunden; gleichfalls enorm schnell bildeten sich die bestehenden Paresien von Armen und Beinen zurück. Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Die Salvarsanbehandlung metasyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Dementia paralytica und Tabes dorsalis), von Tauba Simchowicz-Mendelsburg. (Inaug.-Dissert., Berlin 1912). Verf. glaubt annehmen zu dürfen, daß bei richtiger Indikationsstellung und Anwendungsweise das Salvarsan bei inzipienter Tabes dorsalis, vielleicht auch in den allerersten Stadien der Dementia paralytica ein brauchbares Hilfsmittel darstellt, und daß eine weitere klinische Prüfung dieses Mittels jedenfalls in solchen Krankheitsfällen lohnenswert erscheint.

Fritz Loeb-München.

Subkutane Salvarsaninjektionen bei progressiver Paralyse, von E. H. Trowbridge-St. Joseph, Mo. (Journ. amer. med. assoc., 2. März 1912.) Verf. hat bei einigen Frühfällen von progressiver Paralyse bei der Behandlung mit subkutanen Salvarsaninjektionen keine ermutigenden Resultate erhalten. Salvarsan scheint, wie Jod und Quecksilber, die Neigung zu haben, die Symptome zu verschlimmern und das Ende zu beschleunigen. Das beste Mittel bei der Paralyse ist nach Verf. die Prophylaxis: gesetzlich sollte verlangt werden, daß jeder Syphilitiker mit Quecksilber oder Salvarsan behandelt wird, bis die Wa- R. negativ wird und es mindestens ein Jahr lang bleibt.

Fendt-Wiesbaden.

Die bei manchen mit Salvarsan behandelten Syphilitikern beobachteten nervösen Spätreaktionen und die syphilitische Meningo-Vaskularitis, von Paul Ravaut. (Presse méd., 1912, Nr. 18.) Neben den unter dem Namen Neurorezidive bekannten Folgezuständen der Salvarsaninjektionen, welche sofort oder kurze Zeit nach der Injektion in Erscheinung treten, macht das Salvarsan bei manchen Kranken Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit, sei es, daß es die Intensität latenter Meningealreaktionen vermehrt, sei es, daß es solche, die vorher nicht bestanden, hervorruft. Diese Veränderungen können erst mehrere Wochen oder Monate nach der Injektion auftreten und können beginnend mit der einfachen Druckvermehrung und leichter Albuminurie bis zu intensiver Zellreaktion mit Lymphozyten, Polynukleären, Plasmazellen, starker Eiweißvermehrung und Auftreten eines positiven Wassermanns ausarten.

Diese Reaktionen können latent und ohne klinische Erscheinung bleiben und nur durch die Lumbalfunktion gefunden werden. Der Verf. bezeichnet sie als „histologische Meningo-Rezidive". Diese Spätreaktionen konnte er niemals bei Kranken, welche in der primären Periode behandelt wurden, nachweisen, fast konstant aber in der Sekundärperiode und nur ganz ausnahmsweise bei alten Syphilitikern, die früher nie eine Nervenläsion hatten. Wenn man diesen Beobachtungen die andere Tatsache angliedert, daß die sog. Neurorezidive fast ausschließlich in der Sekundärperiode auftreten, wenn man ferner bedenkt, daß unter vielen Kranken, die genau auf dieselbe Art, am selben Tag und mit der gleichen Dosis injiziert wurden, die einen Nervenerkrankungen bekommen, die anderen nicht, so muß man eben annehmen, daß die ersteren eine besondere Disposition dafür in sich trugen, daß nicht das Medikament oder eine Neurotropie desselben daran schuld ist, sondern das Terrain des Individuums selber. Man kommt darauf hinaus, daß diejenigen Fälle, welche in der Sekundärperiode keine zytologisch nachweisbare Veränderung (mit oder ohne klinische Hautsymptome) der Zerebrospinalflüssigkeit, also auch keine beginnende Läsion der Meningen und des Nervensystems zeigen, die Salvarsaninjektionen gut vertragen. Bei denjenigen aber, deren meningovaskuläres System nicht intakt ist, ruft das Medikament oft eine lebhafte Reaktion hervor, welche sich entweder als Neurorezidive kundgibt, in anderen Fällen aber latent bleibt und nur durch die Lumbalpunktion gefunden werden kann. Es geht dann zwischen den Spirochäten und dem Arsen an den meningo-vaskulären Läsionen eine Reaktion vor sich, welche ganz allmählich verläuft und desto heftiger ist, als die Lä-

Digitized by Google

sionen virulenter und ausgedehnter und die Behandlung intensiver ist. Es handelt sich also weder um eine Herxheimersche Reaktion (die gleich nach der Injektion auftritt) noch um Neuro- oder Meningorezidive, sondern um Exazerbationen bereits bestehender Läsionen. Es kann sich auch nicht um eine Neurotropie des Medikaments handeln, sondern es wird erst neurotrop, wenn im Nervensystem eine virulente Spirochäte besteht, durch welche es schädlich wird, ein Vorgang, der wahrscheinlich in einer Fixation des Arsens besteht, da nach chemischen Untersuchungen noch 11 Monate nach der Injektion Arsen in der Zerebrospinalflüssigkeit nachweisbar war. Aus diesen Erwägungen zieht der Verf. folgende praktischen Schlüsse: Bei intaktem Nervensystem (primäre und manche tertiären Fälle) kann man ohne Gefahr intensiv behandeln: 4 Dosen von 0,2—0,3 zwischen denen jedesmal 4 intravenöse Zyanquecksilberinjektionen gegeben werden. Die Wassermannsche Reaktion wird bei dieser Behandlung in wenigen Wochen negativ. Ist hingegen das Nervensystem nicht intakt und dies besonders in der sekundären Periode, so muß man vorsichtig sein. Man macht dann lieber vorher eine Quecksilberkur und gibt erst nachher in größeren Zwischenräumen Salvarsan.

A. Gunsett-Straßburg.

Ist die Neurotropie in der Sekundärperiode durch Syphilis oder durch Salvarsan bedingt? Von Alex. Renault. (Bull. méd., 1912, S. 53.) R. hat unter 100 Syphilitikern seiner Privatpraxis, die er durch längere Zeit verfolgen konnte, nur zwei gefunden, die nervöse Störungen aufwiesen. Diese wurden durch spezifische Behandlung rasch gebessert. K. glaubt also, daß die jetzt beobachtete Häufigkeit der Nervenerscheinungen doch dem Salvarsan zur Last falle und zwar besonders den hohen Dosen. Man solle daher nie über 0,3—0,4 hinausgehen. Richard Frühwald-Leipzig.

Noch einmal die Frage der Neurorezidive, von Ernst Finger. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) In dieser Arbeit kritisiert Finger Benarios „Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns" (München, Lehmann, 1911) und hält seine frühere Behauptung voll und ganz aufrecht, daß das gehäufte und frühzeitige Auftreten von Lues cerebri bei mit Salvarsan behandelten Fällen, wie es jetzt überall, wo mit Salvarsan behandelt wird, beobachtet wird, und das weitaus größer ist, als die Zahl der zur Publikation gelangten Fälle, ein Novum in der Pathologie der Syphilis darstellt, welches unbedingt mit dem Salvarsan zusammenhängt. Schourp-Danzig.

Über Neurorezidive, von S. Ehrmann. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Kasuistischer Beitrag; die beobachteten Neurorezidive gingen in Heilung über.

Schourp-Danzig.

Zur Frage der Neurorezidive. Entgegnung auf die Ausführungen des Herrn Prof. Finger. Von J. Benario-Frankfurt a. M.

Zur Frage der Neurorezidive. Erwiderung auf die vorstehende „Entgegnung" des Herrn Dr. Benario. Von E. Finger. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Beiderseitige Polemik unter Anführung von Literatur. Schourp-Danzig.

Tatsächliche Berichtigung zu der „Entgegnung" des Herrn Benario, von Finger. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.) Sämtliche in F.s Arbeit (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 18) angeführten ophthalmologischen Befunde stammen von einem ophthalmologischen Fachmanne. Nirgendwo hat F. aus dem Sitze des Skotoms einen Beweis für eine ausschließliche Arsenintoxikation abgeleitet. Schourp-Danzig.

Über „Neurorezidive" nach Salvarsan, von Eduard Schwarz-Riga. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 7.) Verfasser hat Gelegenheit gehabt, mehrere schwere nervöse Störungen nach Salvarsaninjektionen zu sehen. Seine Untersuchungen bringen ihn zu dem Schlusse, daß jene syphilitische Erkrankungen des Nervensystems sind und durch

Digitized by Google

ungenügende Behandlung (zu kleine Dosen usw.) verursacht werden. Die ambulante Behandlung der Syphilis hat ebenfalls Schuld an den mangelhaften therapeutischen Erfolgen. Richard Frühwald-Leipzig.

Sekundärsyphilis mit Salvarsan behandelt. Neurorezidiv nach zwei Monaten vom Typus der Basilarmeningitis, von Juan de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 7.) Ein 32jähriger Patient akquiriert im April 1911 eine Lues mit starker Haut- und Schleimhautmanifestationen. Er bekam zuerst eine Salvarsaninjektion von einem anderen Arzte (0,5), welche aber teilweise neben die Vene geriet und eine diffuse Infiltration des Armes verursachte. Er erhielt dann einige ganz kleine Salvarsaninjektionen in die Penishaut und 20 Tage nach der ersten eine zweite intravenöse von 0,5, welche gut gelang. Die Haut- und Schleimhautmanifestationen verschwanden und der Wassermann wurde negativ. Dann folgte noch zwei Monate Behandlung mit Hydrarg. pepton.-Pillen. Trotzdem stellten sich kurz darauf Alopezie, Schleimhautpapeln, Kopfschmerzen und ein leichtes Positivwerden der Wassermannschen Reaktion ein, Symptome die mit Jodkalium und Sirop de Gibert vorübergehend besser wurden. Die Kopfschmerzen nahmen aber bald wieder zu, dazu gesellte sich Vomitus, Pulsverlangsamung, leichte Paralysen des Gesichts und rechten Arms, Sprach- und Sehstörungen. Trotz starker Kalomelinjektionen wurden die Symptome noch stärker, es gesellte sich eine Pupillendifferenz dazu, so daß die Diagnose: diffuse, gummöse Basilarmeningitis sicher stand. Dann erhielt der Patient in einer Woche 1 Kalomel-, 3 Hektin- und 1 Pikrotoxininjektion von einem anderen Arzte. Die Wassermannsche Reaktion war damals positiv und die Sehstörungen wurden immer stärker, welche den klassischen Typus der Neuritis optica degenerativa erreichten. Dann wandte sich die Familie des Kranken an Ehrlich, welcher zu vier Salvarsaninjektionen von je 0,1 riet, ohne daß er aber von dem bereits gegebenen Hektin und Pikrotoxin wußte. Die erste dieser Salvarsaninjektionen erzeugte noch am gleichen Tage einen sehr schweren Zustand von Delirien, filiformen Puls und Anurie. Der Zustand besserte sich aber, und weitere Salvarsaninjektionen wurden unterlassen. Die meningitischen Symptome besserten sich ebenfalls, aber bis Dezember 1911 war vollständige Blindheit eingetreten.

Azua faßt diesen Fall als syphilitisches Rezidiv, nicht als eine toxische Salvarsanwirkung auf. A. Gunsett-Straßburg.

Diskussion über die dem Salvarsan zur Last gelegten Zufälle. (Bull. méd., 1912, S. 231.) Richard Frühwald-Leipzig.

Schwere Erscheinungen nach einer zweiten Salvarsaninjektion, von G. Thibierge. (Bull. méd., 1912, S. 1036.) 1. Junger Mann mit Roseola erhält zweimal 0,3 Salvarsan. Drei Tage nach der zweiten Injektion blutige Stühle, Fieber und ein Exanthem, wie im Beginne der Variola. 2. Junge Frau mit Sklerose der Lippe erhält 0,3 und 0,15 Salvarsan. Am Tage nach der zweiten Einspritzung Fieber, galliges Erbrechen, Dyspnöe, ein skarlatiniformes Exanthem, Hämaturie und Albuminurie.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die notwendigen Vorsichtsmaßregeln bei der Anwendung von Salvarsan, von Milian. (Bull. méd., 1911, S. 1035.) M. berichtet über einen Kranken mit Mitralinsuffizienz und rechtsseitiger Hemiplegie, der nach intravenöser Injektion von 0,6 Salvarsan in ein Koma verfiel und binnen 36 Stunden starb. Im Anschluß daran stellt Milian folgende Vorsichtsmaßregeln als unerläßlich hin: 1. Untersuchung auf Arsenidiosynkrasie durch eine As-Injektion; erst fünf Tage nach dieser darf Salvarsan gegeben werden. 2. Paralytiker und Hemiplegiker dürfen nur mit äußerster Vorsicht iniziert werden. 3. Zur Lösung muß frisch destilliertes Wasser und 0,6 % Kochsalzlösung verwendet werden und zwar in der Menge, daß 0,01 Salvarsan auf 4—5 ccm kommen. Deut-

Digitized by Google

liche Alkaleszenz ist erforderlich. 4. Langsam und nie in höheren Dosen als 0,3—0,4 injizieren. Zwischen den einzelnen Injektionen hinlängliche Zwischenräume. Auf diese Weise hat MILIAN eine große Anzahl von Salvarsaninjektionen vorgenommen, auch bei Kranken mit Kontraindikationen (Paralyse, Nephritis usw.) oder solchen, die eine frühere Injektion schlecht vertragen haben, doch hat er nie einen Todesfall erlebt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Gefahren und Vorteile des Salvarsans, von H. OLTRAMARE. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 3.) Man kann mit einer einzigen intravenösen Salvarsaninjektion (0,01 pro Kilogramm Körpergewicht, aber nicht über 0,6) in der primären Periode und vor Erscheinen der Sekundärsymptome in 85 % der Fälle das Auftreten letzterer verhindern und infolgedessen hoffen, die Krankheit abortiv geheilt zu haben. Es ist unnötig, diese Injektion zu wiederholen, da die Prozentzahl der Mißerfolge ebenso hoch nach wiederholten Injektionen, als nach einer einzigen ist und die Gefahren des Salvarsans mit der Anzahl der Injektionen wachsen. Trotz allen Suchens gelang es O., nur einen Todesfall (QUEYRAT) nach einer Injektion in der Primärperiode zu eruieren. Gelingt die abortive Behandlung nicht, so muß man nach den Regeln verfahren, die bisher für die Sekundärlues Geltung hatten. Über die Regeln, welche für die Anwendung des Salvarsans außerhalb der Primärperiode gelten sollen, herrscht noch keine Einigkeit. Auch die Indikationen, welche aus der Serodiagnose gestellt werden, sind noch zu unsicher, um als alleinige Basis für die Behandlung gelten zu können. Die klinische Beobachtung insbesondere darf über der WASSERMANNschen Reaktion nicht vernachlässigt werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Gefahren des Salvarsans bei syphilitischen Affektionen, von PH. GAUCHER-Paris. (Med. Press. a. Circ., 1912, 27. März.) Verfasser berichtet über zwei Todesfälle nach intravenöser Infusion von 0,6 Salvarsan in alkalischer Lösung. Der erste stammt aus der Praxis von OLTRAMARE-Genf und ereignete sich bei einem 48jährigen sonst gesunden Manne einige Tage nach der Salvarsananwendung. Die Autopsie ergab eine Leptomeningitis, eine Aortenstenose auf fettiger Degeneration des Herzens beruhend und eine chronische eitrige Bronchitis. Der zweite Patient, aus der Praxis von CARAVEN-Amiens, war 21 Jahre alt und erfreute sich ebenfalls einer guten Gesundheit. Wegen eines Primäraffektes hatte er schon 0,6 Salvarsan intravenös erhalten, das er gut vertragen hatte. Die zweite Infusion, wieder 0,6, fand acht Tage nach der ersten statt. Einige Tage später Symptome von Meningitis; Tod unter komatösen Erscheinungen. Die Autopsie ergab eine intensive Kongestion des Gehirns und der Lunge, diffuse Hämorrhagien des Magens.

Aber nicht nur dieser peinlichen Folgen wegen hält Verfasser Salvarsan für ein gefährliches Mittel, sondern auch wegen des falschen Gefühls von Sicherheit, das es dem Patienten gewährt. erklärt er die Salvarsanbehandlung der Syphilis für eine „schwere soziale Gefahr": Salvarsan bringt Vernarbung der Primäraffekte zustande, hindert aber nicht die weitere Entwicklung der Erkrankung und gibt hierdurch Anlaß zu ihrer Weiterverbreitung. Hierzu gibt Verfasser zwei Beispiele. (Bezüglich des zweiten Punktes, Weiterverbreitung, ist doch wohl eine eingehende Kritik erlaubt und erforderlich. Ref.)

Fendt-Wiesbaden.

Die Ursache und Verhütung von gewissen auf die Darreichung von Salvarsan folgenden toxischen Erscheinungen, von J. Mc INTOSH, P. FILDES und H. DEARDEN-London. (Lancet, 9. März, 1912.) In weitaus den meisten Fällen dürfte nach den von den Verfassern gemachten Erfahrungen der Wasserfehler die Ursache der bekannten Intoxikationserscheinungen bei der Salvarsanbehandlung abgeben. Aus einer Serie von 21 in verschiedenen Modifikationen ausgeführten, intravenösen Injektionen

Digitized by Google

bei Kaninchen ergaben sich folgende Thesen: Die gewöhnliche sterile Kochsalzlösung des Handels wirkt deutlich toxisch; es müssen spezielle Vorsichtsmaßregeln getroffen werden durch nochmaliges Destillieren des destillierten Wassers und frische Bereitung der Salzlösung, um Schädlichkeiten zu vermeiden. Aus dem destillierten Wasser des Laboratoriums entwickelten sich bei Kulturversuchen massenhafte Bakterien von verschiedenen Arten. Wurden diese, abgetötet, einer vorher als nicht toxisch erprobten Salzlösung zugesetzt, so nahm diese daraufhin deutlich toxische Eigenschaften an. Die Toxizität ist nicht an irgend eine spezielle Mikrobienart gebunden und ist auch nicht als Endotoxinwirkung zu erklären. Dem Salvarsan ist an sich nur eine geringe Toxizität eigen; Verfasser schätzen die Giftwirkung der Mikrobien als hundertmal stärker. Bei frischen Fällen von Syphilis, zur Zeit des größten Spirochätenreichtums, sind Störungen als Folgen der Abtötung der Parasiten am häufigsten zu beobachten; diese sind auch unabhängig vom Wasserfehler dann gelegentlich zu beobachten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Ausscheidung und die toxische Wirkung des Salvarsans. Experimentelle Untersuchungen, von Andrea Saccone-Neapel. (Riforma med., 1912, Nr. 12.) Das Salvarsan in neutraler Suspension auf subkutanem oder intramuskulärem Wege Hunden und Kaninchen injiziert, wird durch die Nieren und zum Teil auch durch die Intestinalschleimhaut eliminiert. Die ersten Tage wird das Präparat wahrscheinlich unverändert ausgeschieden; wenigstens im Urin findet man nicht nur die Arsen-, sondern auch die Jodophenolreaktion, ein Beweis, daß auch der Amidobestandteil des Präparates zu gleicher Zeit ausgeschieden wird. In späterer Zeit, bis zu einem Monat nach der Injektion, findet sich nur noch die Arsenreaktion und zwar nur noch die des anorganischen Salzes. An den Injektionspunkten selber entstehen Nekrosen, welche aseptisch verlaufen können und ein Narbengewebe entstehen lassen. Auch relativ geringe Dosen (10 cg bei einem Hunde von 6 kg) können schwere toxische Allgemeinerscheinungen hervorrufen, welche besonders im Darm sich konzentrieren, wo sie follikuläre Hyperplasie und Hypertrophie, punktförmige Hämorrhagien und Nekrosen in der Mukosa hervorrufen. In der Niere entstehen dann parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur toxischen Wirkung des Salvarsans, von G. Stümpke und E. Brückmann-Hannover. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Es trat in einem Falle von primärer Syphilis (noch negativer Wassermann) zweimal unmittelbar im Anschluß an eine Salvarsaninfusion ein Ikterus auf, der in wenigen Tagen vorüberging. Die Verfasser halten die Möglichkeit eines reinen Salvarsanikterus für vorliegend, bedingt durch eine vorübergehende leichte Schädigung der Leber. Es gelang allerdings nicht, Leuzin und Tyrozin im Urin zu finden; auch zeigte sich nach Lävulosezufuhr kein linksdrehender Zucker im Urin.

In einem anderen Falle trat etwa einen Monat nach zweimaliger intravenöser Salvarsanbehandlung ein Herpes zoster auf, welchen die Verfasser als einen Arsenzoster deuten.

Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsanvergiftung, von Legrand. (Journ. de Bruxelles, 1912, S. 45.) Eine syphilitische Frau erhielt 6 Kalomelspritzen und 0,4 Salvarsan. Sie starb unter typhösen Symptomen. Es fand sich eine starke akute Nephritis, Kongestion und Ödem der rechten Lungen und ulzeröse Enteritis des Dickdarms. Der klinische Verlauf schien für Salvarsanvergiftung zu sprechen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Todesfälle durch Salvarsan, von Gaucher. (Bull. méd., 1912, S. 126.) 1. 24jähriger Mann. Gut behandelte zwei Jahre alte Syphilis. Keine Erscheinungen. Sechs Tage nach der Injektion (Dosis?) Konvulsionen, Koma, Tod.

Digitized by Google

2. 53jähriger Mann. Infektion vor 17 Jahren. Vor 14 Jahren Hemiplegie, die fast ausheilte. Seither keine Erscheinungen. Zwölf Tage nach 1,2 Salvarsan intramuskulär plötzlicher Tod.

3. 25jährige gravide Frau. Alter der Syphilis fünf Jahre. Keine Symptome. Drei Tage nach 0,4 Salvarsan intravenös Erbrechen, Koma, Tod.

Richard Frühwald-Leipzig.

Kasuistischer Beitrag von fünf Fällen von Akustikusaffektion nach Salvarsan, von M. KALLENBACH-Biebrich a. Rh. (Inaug.-Diss., Straßburg 1911.) Ergebnisse: 1. Die Annahme einer reinen Salvarsanintoxikation als Ursache der Neurorezidive ist als irrtümlich anzusehen. 2. Die Neurorezidive sind aller Wahrscheinlichkeit nach echte Syphilisrezidive. 3. Es wird noch erwiesen werden müssen, ob die angebliche Häufung der Neurorezidive seit Anwendung der Salvarsantherapie nicht vielleicht doch nur eine scheinbare und durch die seit Beginn der Salvarsanzeit meist genauere neurologische Betrachtung und Untersuchung, sowie häufigere Veröffentlichung der Fälle herbeigeführt ist, wobei gleichzeitig auf die jetzt bessere Erkennung der Störungen durch die Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden hingewiesen wird. 4. Um die Frage der Neurorezidive nach jeder Richtung hin zu klären, ist es dringend notwendig, unvoreingenommen möglichst viel Vergleichsmaterial zu sammeln und eine große Vergleichsstatistik aufzustellen zwischen Salvarsan- und Quecksilberbehandlung in der Frühperiode der Lues.

Die fünf Fälle, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, befanden sich alle im sekundär syphilitischen Stadium, drei innerhalb der ersten $1^1/_2$ Monate nach der Injektion. Die Krankheitserscheinungen sind 1—4 Monate nach Verabreichung des Salvarsans aufgetreten. Die einzelnen Dosen betrugen 0,4 - 0,6, die im einzelnen Falle verabreichten Gesamtmengen bewegen sich zwischen 0,5—1,0 g. Als die Nervenerscheinungen auftraten, fehlten syphilitische Erscheinungen an Haut und Schleimhäuten in drei Fällen gänzlich, in einem Falle war der derbe Primäraffekt noch nicht ganz weich und in einem anderen Falle traten etwa zwei Monate darauf Sekundärerscheinungen an den Schleimhäuten hinzu. Die WASSERMANNsche Reaktion war in zwei Fällen positiv, in einem negativ. In den beiden anderen wurde sie nicht angewandt. In vier Fällen wird papulöses Exanthem vermerkt. Fritz Loeb-München.

Salvarsan und Hörstörungen, von MILIAN. (Bull. méd., 1912, S. 297.) Die „Neurorezidive" sind nach dem Verfasser syphilitischer Natur und durch ungenügende Salvarsandosen bedingt. Siebenmal hat MILIAN Veränderungen gesehen, die dem Salvarsan zur Last fallen. 24—36 Stunden nach der Injektion trat Schwerhörigkeit — meistens einseitig — auf, die einige bis 14 Tage anhielt und restlos verschwand. Wahrscheinlich handelt es sich um kongestive, nicht toxische Phänomene.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beiderseitige Fazialis-Akustikus (Kochlearis- und Vestibularis)-Lähmung nach Salvarsan, von R. GOLDMANN-Iglau. (Wien. klin. Wochenschr., 14. März 1912, Nr. 11.)

Bei einem vor einem halben Jahre an Lues erkrankten, im übrigen gesunden Individuum stellen sich ungefähr 7—8 Wochen nach der zweiten, innerhalb einer Woche ausgeführten intramuskulären Salvarsaninjektion à 0,3 g plötzlich unter vestibulären Begleitsymptomen Taubheit und Gesichtslähmung ein, von denen trotz antiluetischer und diaphoretischer Behandlung nur die Gesichtslähmung partiell zurückgeht: es besteht nun vollständige Ausschaltung des Kochlearis und Vestibularis auf der rechten Seite; linkerseits besteht eine Spur von Gehörsempfindung und eine, wenn auch stark herabgesetzte, so doch deutliche Reaktion von seiten des Vestibularis.

„Die Frage, ob die beiderseitige, ausschließlich den Fazialis und Akustikus be-

Digitized by Google

treffende Lähmung auf die Lues oder die Salvarsaninjektion zurückzuführen ist, läßt sich durch den Hinweis auf die Erfolglosigkeit der nachträglichen antiluetischen Kur und die schwerlich ausgebliebene, vorausgegangene, antiluetische Wirkung des Salvarsans einerseits und die zeitliche Nähe der Injektion des letzteren anderseits, leicht auf Kosten dieser entscheiden." W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sehnervenatrophie bei Behandlung der Syphilis mit Atoxyl, von Kalaschnikow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 9 und 10.) K. hat Gelegenheit gehabt einen Fall von Sehnervenatrophie, einige Monate nach Atoxylgebrauch zu beobachten, wobei der Kranke, in der Zeit vom 6.—28. März 1908 10 Injektionen, ferner in der Zeit vom 30. April bis 19. Mai fünf Injektionen und endlich in der Zeit vom 19. Juni bis 9. Juli 8 Injektionen von je 0,5 Atoxyl erhalten hatte. Im Sept. desselben Jahres trat die Sehnervenatrophie auf. K. hält daher das Atoxyl für ein selbst bei mäßigen Dosen sicher giftiges Mittel für den Sehapparat. Sollte dasselbe angewandt werden, so dürfen nur frisch zubereitete Lösungen, die erwärmt, aber nicht gekocht werden sollten, angewandt werden, wobei das französische Präparat dem deutschen vorzuziehen ist. Arth. Jordan-Moskau.

Die Anwendungsmethoden und der therapeutische Wert des Salvarsans in der Syphilisbehandlung, von Sr. Verzár-Nagyvárad. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 7.) Bei Anwendung einer 0,4 oder 0,5 %igen, durch ein hartes Filter durchgelassenen, mit chemisch-reinem Kochsalz bereiteten Lösung, bei Zugabe einer gehörigen Menge Lauge kann eine Salvarsanlösung hergestellt werden, die, intravenös angewendet, keinerlei stärkere Reaktion hervorruft, und die weder dem Patienten, noch dem Arzte, abgesehen von einigen Zehntel Temperaturerhöhung, Unannehmlichkeiten bereitet. Verfasser hatte nur einen intramuskulär und drei intravenös behandelte Patienten, an denen er die Möglichkeit einer Sterilisatio magna in Zweifel zu ziehen kein Recht hat. Diese Patienten stehen einesteils seit 3, anderesteils seit 5 Monaten unter seiner Beobachtung. Er beobachtete bis zum heutigen Tage kein Rezidiv, und die 3 Monate nach der Injektion vorgenommene Wassermann-Reaktion gab bei allen 4 Patienten ein vollkommen negatives Resultat. Bei kombinierter Behandlung beobachtete Verfasser bedeutende bessere Resultate, so daß er 32 Fälle hat, in denen nach einmaliger Anwendung des Salvarsans und nach 8—10 Quecksilbereinspritzungen oder nach entsprechender Schmierkur nach mehrmonatlicher Beobachtung kein Rezidiv aufgetreten ist und die nach gehöriger Zeit vorgenommene Wassermann-Reaktion ein negatives Resultat ergeben hat. Salvarsaninjektion wiederholte Verfasser in Fällen, in denen die Erneuerung der Symptome oder die positive Wassermann-Reaktion es begründet erschienen ließ, einmal, ja sogar auch zweimal. Zwischen den einzelnen Injektionen verstrichen im Minimum 2 Monate. In keinem einzigen von 247 Fällen sah Verfasser eine schädliche Wirkung des Mittels. Porosz-Budapest.

Eine neue Zubereitungsart des Salvarsans für intramuskuläre Injektionen, von Lesseliers-Gent. (Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand, 77. Jahrgang, 6. Lieferung.) Empfehlung des unter dem Namen Joha im Handel vorhandenen Präparates von Schindler, welches als Vehikel für das Salvarsan eine Mischung von Jodipin mit Lanolin enthält. Gunsett-Straßburg.

Instrumentarium zur Bereitung der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Bouveyron. (Lyon méd., 118 Bd., Nr. 19.) Einfache Vorrichtung um sich frisch destilliertes Wasser zur Injektion herzustellen. Allgemeine Betrachtungen über die Salvarsanbehandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Technik der Salvarsaninjektion, von F. Dommer-Dresden. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) D. erwärmt Salvarsan mit Adeps suillus bis zum

Digitized by Google

Schmelzpunkt, zieht es in die heiße Spritze und injiziert es rasch mit der heißen Nadel. Dann läßt er den Heißluftstrom auf den Glutaeus wirken, abwechselnd mit leichter Massage in Intervallen von 2—3 Minuten. Bei Anwendung der Heißluft sah D. niemals eine Nekrose. Schourp-Danzig.

Die Technik der Salvarsanbehandlung, von C. Siebert-Charlottenburg. (Ztschr. f. Krankenpfl., 1911, Nr. 10.) Eine den Praktiker ausgezeichnet orientierende Abhandlung, welche eine ebenso einfache wie genaue Anleitung zur Ausführung der Salvarsaninjektion bzw. -Infusion gibt. Arthur Schucht-Danzig.

Intravenöse Salvarsaninjektionen mit destilliertem Wasser, von Mistiaen. (Ann. de la policlin. centr., 1912, Nr. 2.) Außer der Verunreinigung des Wassers kommt noch die Wirkung des Kochsalzes auf die Blutelemente als Ursache des Salvarsanfiebers in Betracht. Deshalb wird die Kochsalzlösung zweckmäßig durch frisch sterilisiertes destilliertes Wasser ersetzt. Durch dieses werden keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen hervorgerufen. Richard Frühwald-Leipzig.

Rektalmethode in der Salvarsantherapie, von Bagrow-Moskau. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Für Fälle, wo eine Salvarsaninjektionsbehandlung nicht angängig ist, empfiehlt Verfasser die Anwendung von Salvarsansuppositorien, und zwar zwei- oder dreitätig à 0,1—0,2, bis die Gesamtdosis 0,6—0,8 erreicht ist. Es gibt folgende Rezeptformel: Salvarsani 0,1 (!), Tere c. ol. amygdal. quantit. minim. usque ad emulsionem homogenem, Adde Novocaini 0,01, But. Cacao q. s. ad supposit. j. D. ex tempore. S. Suppositorium. Arthur Schucht-Danzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das neue Haus K. (Abteilung für männliche Haut- und Geschlechtskranke) **im allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg nach einer baulichen Neugestaltung,** von Fr. Jenssen-Hamburg. Jenssen liefert eine interessante Beschreibung des Neubaues der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke vom St. Georgs Krankenhaus in Hamburg, die zu einem ausführlichen Referate nicht geeignet erscheint, da viele Momente erst durch die beigefügten Abbildungen einleuchtend werden. Es sei hier nur in Kürze erwähnt, daß abweichend vom sonstigen Brauche ein Mittelkorridor angelegt ist, auf dessen einer Seite die Türen der Krankensäle und auf dessen anderer diejenigen der zum Betriebe notwendigen Räume münden. Von Interesse dürften die verschiedenen Arten des Fußbodenbelages sein. Die Details über Wäscheschächte, Kleiderräume usw. sind im Original einzusehen. Die Fenster sind Kastenfenster, deren oberer Teil ein Kippfenster mit leicht zu handhabender Verschlußvorrichtung ist, während der untere Teil nur mittels eines in den Händen des Wärters befindlichen Drückers zu öffnen geht. In den Behandlungszimmern sind feststehende, nickelplattierte Tische, ferner Mikroskope und Dunkelfeldbeleuchtung, Sterilisationsapparat und Instrumentenschränke. In den Badezimmern sind die Wannen kupfernickel-plattiert, und außerdem ist eine Fayence-Wanne zur Verabfolgung von Sublimatbädern vorhanden. Besonders bewährt hat sich hier eine Absaugevorrichtung, mittels deren eine gefüllte Wanne binnen zwei Minuten vollkommen entleert werden kann. Die Mundspülbecken sind aus Fayence, oben zum Schutze gegen Beschädigungen mit einer Stange aus Weißmetall bekleidet.

Interessant ist ein für die Behandlung von Ulcera mollia-Patienten im Badezimmer aufgestellter Spülapparat, bestehend in einem 100 Liter fassenden, innen zinkverkleideten Kasten mit einem T-förmigen Abflußrohr. Die Flüssigkeit (gewöhnlich 0,1‰ Kal.

Digitized by Google

permang. Lösung) kann sehr schnell auf 50° gebracht und gehalten werden, infolge sich gabelnder, von dem T-Rohr abgehender Gummischläuche können 6—8 Patienten zugleich die Spülung der Geschwüre vornehmen. Untergebracht sind im Erdgeschoß 72 Betten für Patienten mit Ulcus molle und Bubonen, im ersten Obergeschoß 66 Betten für Syphilitiker und 8 Betten für Kostgänger, im zweiten Obergeschoß 94 Betten für Blennorrhoiker, im ganzen 240 Betten. Die Kosten des Baus, inkl. Inventarbeschaffung sind noch nicht definitiv berechnet, betragen aber nach oberflächlicher Schätzung 660000 M. Lasch-Breslau.

Prostituiertenehen, von W. Freyer. (Sexualprobleme, Mai 1912.) Eine kurze Zusammenfassung der Motive, aus denen heraus Prostituierte Ehen eingehen und des Verlaufes, den die Mehrzahl der so geschlossenen Ehen zu haben pflegt. Ohne wesentlich Neues zu bringen für den Sexualpolitiker eine interessante Lektüre.

Lasch-Breslau.

Sind Gesundheitsschädigungen vorübergehender oder dauernder Art bekannt geworden bei Verwendung von Lichtquellen mit einem an ultravioletten Strahlen reichen Spektrum, wie sie beispielsweise die Quecksilberdampf- und Quarzlampenbeleuchtung besitzen? von K. Klein-Posen. (Gesundheits-Ingenieur, 1912, Nr. 15.) In neuerer Zeit hat eine an ultravioletten Strahlen besonders reiche Lichtquelle, die Quecksilberdampflampe (Quarzlampe, Heraeuslampe, Uviollampe), nicht nur zur therapeutischen Behandlung von Hautleiden, sondern auch zu Beleuchtungszwecken sowie zur Benutzung in chemischen und technischen Betrieben ausgedehnte Verwendung gefunden. In vorliegender Arbeit untersucht K. hauptsächlich, welche schädlichen Folgen diese Lichtquellen auf das Auge und auf die Nerven haben. Ein schädlicher Einfluß aufs Auge ist durch viele Beobachtungen festgestellt. Es handelte sich um Blendungen vorübergehender Art, aber auch um dauernde Netzhautstörungen. Als Schutz haben sich nur die sogenannten Euphosgläser bewährt, welche die schädlichen kurzwelligen Strahlen des Spektrums gleichmäßig sehr intensiv absorbierten und dabei die sichtbaren Strahlen möglichst wenig schwächten. Auch nervöse Störungen können infolge von Quecksilberquarzlicht vorkommen. Der Verfasser erwähnt Fälle von Kopfschmerzen nach Bestrahlungen von Alopecia areata; oft werden sogar Benommenheit und neuritische Beschwerden beobachtet. Zu erwähnen ist ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis über diese immerhin selten bearbeitete Frage. A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Erratum. In dem Aufsatze von J. Peyri in Nr. 35 dieser Wochenschrift, S. 1086, vorletzte Zeile soll es statt „plastischen" heißen „pagotischen".

Die XVI. Versammlung der **Association française d'Urologie** findet vom 10. bis 12. Oktober in Paris unter dem Vorsitze von Prof. Guyon statt. Hauptverhandlungsthema: Die verschiedenen Behandlungsweisen der Nierentuberkulose (Referenten: Léon Bernard und Heitz-Boyer-Paris).

Dr. Victor Mucha, Assistent der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten (k. k. Obersanitätsrat Prof. Finger) hat sich in Wien als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. September 1912 | Nr. 39 | Band 55

Aus Prof. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg.

Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Sarkoid (Miliarlupoid) Boeck großknotige und infiltrierende Form.

Von

Dr. P. Unna jun.

(Mit 5 Abbildungen.)

Es hat sich in der letzten Zeit die Sitte eingebürgert, alle Fälle von Sarkoiden klinisch genau zu beschreiben, um eine möglichste Klärung in diese Krankheitsgruppe zu bringen, die — erst seit kurzem näher bekannt — das Interesse der Dermatologenwelt wegen der vielen damit verbundenen Probleme erregt hat. Obgleich Boeck aus dieser Gruppe einen Typus herausgenommen und durch ausgezeichnete klinische Schilderung fixiert hat: das benigne Sarkoid Boeck oder nach dem neuen von Boeck angenommenen Namen: das benigne Miliarlupoid von Boeck, mehrten sich doch bald die Fälle, die dieses klare Bild wieder verwischten dadurch, daß ganz anders aussehende Affektionen, die nur die eine oder andere Eigentümlichkeit gemeinsam hatten, mangels einer besseren Diagnosestellung mit dem Miliarlupoid identifiziert wurden, anstatt von einem Namen vorerst abzusehen. Es war daher sehr zu begrüßen, daß einer der erfolgreichsten und erfahrensten Bearbeiter dieses Gebietes sich der verantwortungsvollen Arbeit unterzog, die Klasse der Sarkoide in ein System einzuordnen und die Einzelaffektionen unter sich und von der ebenfalls noch sehr dunkeln Klasse der Tuberkulide kritisch abzugrenzen.

Seit dieser Zusammenfassung auf dem Budapester Kongreß durch Darier hat die Gruppe der Sarkoide bedeutend an Klarheit gewonnen. Der verdienstvolle französische Forscher teilt die Sarkoide ein in: 1. den Typus Boeck (miliares Lupoid); 2. den Typus Darier-Roussy (subkutane Tuberkulide); 3. das dem Erythema induratum nahestehende Sarkoid (Sarcoides noueuses et nodulaires des membres); 4. die Sarkoide nach dem Typus Spiegler-Fendt (nicht tuberkuloide Rundzellentumoren, die den Lymphodermien der Haut nahestehen). Von diesen

Digitized by Google

Gruppen ist die am besten charakterisierte die erste, die von BOECK (nach seiner letzten Arbeit sah BOECK in Norwegen allein 10 Fälle)[1]) in mehreren Arbeiten klassisch beschrieben wurde. Außerdem kommen noch die 5 Fälle von FORCHHAMMER, GOTTHEIL, HALLOPEAU und ECK[2]), HALLOPEAU[3]) und PELAGATTI[4]) hinzu, die BOECK selbst anerkennt. DARIER selbst hat 2 Fälle gründlich studiert, von 1905 bis 1910 sind ferner nach Ansicht DARIERS von typischen Fällen nur diejenigen von OPIFICIUS und POLLITZER beschrieben. Als typisch sind ferner wohl nur noch der von BREDA und 2 der von GROUVEN mitgeteilten Fälle zu bezeichnen. Diesen 22 typischen Fällen, denen ich noch einen anzureihen in der Lage bin, stehen eine bedeutend größere Anzahl von Fällen gegenüber, die mangels einer besseren Diagnose unter die Fälle von Miliarlupoid gerechnet wurden. Nach Ansicht eines so bedeutenden Untersuchers wie DARIER stellt das multiple benigne Hautsarkoid eine anatomisch und klinisch bestimmt charakterisierte Form dar. Selbst wenn es sich später herausstellen sollte, daß Übergänge zu anderen Krankheitsgruppen vorhanden sind, erweist man meines Erachtens unserer Wissenschaft keinen Dienst, wenn man dies glücklich erreichte scharf umgrenzte Bild durch weniger klar ausgeprägte Fälle der Gefahr aussetzt, verwischt zu werden.

Der Reihe der von BOECK sogenannten knotigen und infiltrierenden Formen der Sarkoide kann ich einen neuen Fall hinzufügen. Derselbe wurde schon von P. G. UNNA gelegentlich des Nordwestdeutschen Dermatologentages demonstriert.

Fall K. H., Milchabnehmer, 34 Jahre, verheiratet. In der Familie ist Tuberkulose nicht verbreitet. Patient litt häufig an Magenbeschwerden und Verstopfung. Vor fünf Jahren wurde gelegentlich eines Magenübels des Patienten eine schmerzlose und daher unbemerkte Schwellung der Armmuskeln vom Arzte festgestellt. Ein Jahr später begann die Sehkraft abzunehmen. Der behandelnde Augenarzt stellte Iritis fest, hielt dieselbe für möglicherweise tuberkulös, die Krankheit ging in einer Klinik unter Seruminjektionen zurück. Zu gleicher Zeit entwickelte sich aber das jetzige Leiden, von dem der Patient glaubt, daß es durch die Injektionen „herausgetrieben" sei. Der Allgemeinzustand war während der ganzen Zeit gut. In den letzten Tagen seines Aufenthaltes in der Augenklinik, d. h. im November 1909, stellten sich plötzlich im Gesicht ohne jede Schmerzen auf der linken Backe mehrere rote Flecke ein. Diese waren zuerst von Erbsengröße, und aus ihnen entwickelten sich in wenigen Monaten bohnen- bis markstückgroße, blauviolette, unter der Haut gelegene Knoten von rundlicher Gestalt bei glatter Oberfläche der Haut. Im Laufe eines weiteren halben Jahres wurde die ganze linke Backe und das linke Ohr befallen. Ostern 1910, das ist ein halbes Jahr nach dem ersten Auftreten der Flecke, zeigten sich auch auf der rechten Backe Flecke, die sich allmählich in Knoten umwandelten. Diese Flecke waren zuerst von roter Farbe; je mehr sie an Aus-

[1]) Arch. f. Derm., 1905, 73, 71. — [2]) Ann. de Derm. et de syph., 1902. — [3]) Ebenda, 1903, S. 592. — [4]) Ebenda, 1905.

Digitized by Google

dehnung zunahmen, desto dunkler wurde das Rot, desto mehr wölbten sie die Oberfläche der Haut hervor. Die Knötchen und Flecke auf der rechten Backe vergrößerten sich bis zum Hochsommer 1910, wo sie ihre jetzige Ausdehnung erreichten. Der Allgemeinzustand war dabei sehr gut, Patient hatte kein Fieber, keine Hitze in den Backen, Appetit und Schlaf waren in Ordnung, die Halsdrüsen waren nicht geschwollen.

Im Laufe des Sommers 1910 kamen einige Stellen am Halse hinzu, im Jahre 1911 weitere Knoten an beiden Knien, am Gesäß, an der Ferse. In allerletzter Zeit traten noch Knoten auf an beiden Halsseiten und am rechten Ohr. Patient versichert aufs bestimmteste, vor 1909 ganz frei von Ausschlägen gewesen zu sein. Als Kind hat er sich einmal beide Ohren erfroren. Patient machte die Bemerkung, daß die jetzt bestehende Affektion in der Kälte, besonders im letzten strengen Winter bedeutend schlimmer wurde, ferner daß einzelne Knoten, besonders am rechten Oberarm, sich von selbst zurückbildeten.

Fig. 1.

Status: Im ganzen und großen symmetrische Eruption von Flecken und Knoten von je nach dem Entwicklungsstadium verschiedener Größe und Farbe. Befallen sind vor allem beide Gesichtshälften, die Ohren, die Unterkinngegend, die Glutäalgegend und die Extremitäten. Von letzteren sind vorzugsweise Hände und Füße befallen, von den Schenkeln und Armen besonders die Streckseiten, wogegen der Rumpf bis auf das Gesäß gänzlich frei ist. Die Affektion besteht aus kleineren und größeren vielgestaltigen Geschwülsten und diffusen Schwellungen der Haut, die wiederum aus vielfach konfluierenden umschriebenen Knoten zusammengesetzt sind (vgl. Fig. 1). Die größeren dieser Geschwülste, insbesondere aber an bei den Wangen, erzeugen auf der Haut eine ganze Reihe von Hügeln und Tälern, Vorsprüngen und Furchen. Die Abgrenzung gegen das Gesunde ist teils scharf, mitunter wallartig erhaben, teils unmerklich sich in das Gesunde verlierend, die Farbe meist blauviolett bis bräunlich, seltener gleich der gesunden Umgebung.

Die beginnenden Tumoren sind meist von Erbsen- bis Haselnußgröße; in der Tiefe der Kutis gelegen, wölben sie die Haut nur wenig vor; sie fallen auch meist noch nicht durch Verfärbung der Haut auf, die über ihnen den normalen Farbenton zeigt; oft lassen sie sich wie kleine Drüsen auf dem subkutanen Gewebe hin und her schieben. Je größer die Geschwulst wird, desto mehr reicht sie an die Oberfläche der Haut, indem sie die ganze Kutis infiltriert und die Epidermis spannt. Zu gleicher Zeit tritt die teils durch das Gelb der Geschwulstelemente, teils durch das Rot der erweiterten Venen und Kapillarnetze bedingte dunkle blaubraune Färbung auf.

Am behaarten Kopf befinden sich keinerlei pathologische Veränderungen der Haut. Desgleichen ist die Stirne, die Gegend beider Augen und Mund und Nase frei von krankhaften Erscheinungen. Die Haut an den gesunden Stellen des Gesichtes ist von heller weißer Farbe, die eigentümlich gegen die blaubraunrote der Geschwulst an Wangen- und Kinngegend absticht. Diese nimmt die ganze linke Wange (vgl. Fig. 2) bis un-

Digitized by Google

mittelbar oberhalb des unteren Orbitalrandes, von der rechten Wange die unteren drei Vierteile ein. Die Oberfläche der Geschwulst ist, wie schon erwähnt, unregelmäßig gewulstet, die Schwellung der rechten Wange ist eine stärkere. An der linken zeigt sich am Ende des ersten Drittels in einer Linie, die man sich vom Nasenwinkel bis zum Angulus mandibulae gezogen denkt, eine ovale Vertiefung von Form und Größe einer Mandel (vgl. Fig. 2), eine zweite Vertiefung befindet sich zwei Finger breit oberhalb des rechten Angulus mandibulae, eine dritte im Zentrum der linken Wangengeschwulst. Die Haut über diesen Vertiefungen ist intakt, läßt sich aber leichter als an den Tumoren eindrücken, wobei sie dem Finger einen harten, elastischen Widerstand entgegensetzt.

Die Form des Gesichtes von vorne gesehen ist durch die Geschwulst sehr verändert (vgl. Fig. 1). Während normalerweise die Linie von der Stelle der größten Ausbuchtung am Unterkieferwinkel leicht geschwungen nach der Squam. temporalis hinaufzieht, liegt die größte Vorwölbung in unserem Fall viel höher, ungefähr in der Gegend des unteren Orbitalrandes. Das natürliche Gesichtsoval wird dadurch zu einem Kreise, und der Kopf bekommt eine nahezu kugelförmige Gestalt.

Fig. 2.

Die Haut der Geschwulst über den Wangen ist gespannt, über der Unterlage wenig verschieblich, mit Ausnahme der oben beschriebenen Vertiefungen nicht eindrückbar, von derber Konsistenz und erhöhtem Glanze. Die Farbe ist braunrot, an einzelnen Partien blaurot. Die äußerst breiten Venen des Wangenrots sehen eigentümlich braunrot aus, als wären sie mit Zinnober injiziert. Zwischen ihnen dringt aus der Tiefe ein brauner Farbenton wie von dunklem Ocker, der noch besser bei Diaskopie sichtbar ist. Auf der Höhe der am stärksten hervorragenden Tumoren besteht eine leichte Abschilferung der Epidermis.

Die linke Wangengeschwulst wird von der Kinngeschwulst getrennt durch eine geschwollene hautfarbene Hautpartie, welche die Gegend über dem Unterkieferknochen einnimmt.

Die Kinngeschwulst nimmt die ganze Regio submentalis, hyoidea und submaxillaris beiderseits ein, reicht nach oben über den Unterkieferkamm nach beiden Seiten bis ungefähr in die Mitte der Unterkieferäste, nach unten bis oberhalb des Pomum adami, ist von blauroter Farbe, derber Konsistenz und besteht aus drei größeren Hügeln, die ein tiefes horizontal liegendes Tal einfassen. Der Boden dieses Tales ist leicht eindrückbar, nicht fluktuierend. Nach der rechten Seite geht die Kinngeschwulst durch eine schmale Brücke in die rechte Wangengeschwulst über.

Das rechte Ohr ist stark befallen. Die Haut des ganzen Ohres ist gleichmäßig verdickt, gespannt, glänzend, nicht verschieblich, von braunroter bis brauner Farbe. Das Läppchen ist in einen prallen haselnußgroßen Tumor verwandelt von rotbrauner Farbe. Am Tragus sitzen drei bohnengroße braunrote, gut mit dem Finger isolierbare Knoten. Die Haut der Muschel ist nicht verschieblich. Die Knoten am Tragus zeigen eine starke Abschuppung. Über dem rechten Proc. mastoideus befindet sich ein

Digitized by Google

bläulichroter, kastaniengroßer, mit der Haut fest verwachsener, dieselbe stark vorwölbender Tumor, auf der Epidermis desselben starke Ausbildung von Angiektasien.

Fingerbreit unterhalb dieses Tumors findet sich eine taubeneigroße subkutane, leicht verschiebliche Geschwulst. Die Haut darüber ist von normaler Farbe (vgl. Fig. 3).

Das linke Ohr ist ebenfalls stark befallen. Die hintere Wand, die Muschel und das Läppchen sind der Sitz von diffusen Schwellungen, fingerbreit vor dem Tragus befindet sich ein bohnengroßer Tumor, dessen Oberfläche eine starke Delle zeigt. Dieser Tumor geht nasalwärts in den diffusen Rand der linken Wangenschwellung über (vgl. Fig. 2).

Am Nacken finden sich mehrere subkutane, hautfarbene, leicht verschiebliche, erbsen- bis bohnengroße konfluierende Knoten, von denen ein Teil anscheinend den Okzipitaldrüsen entspricht, desgleichen ein subkutaner verschieblicher Tumor vor dem linken Sternokleidomastoideus.

Fig. 3.

Aus dem bisher Gesagten geht schon hervor, daß die Verteilung der Knoten eine exquisit symmetrische ist. Diese Tatsache zeigt sich noch deutlicher, wenn man die Tumoren der Extremitäten betrachtet.

Die Beugeseiten beider Oberarme sind absolut frei. An den Streckseiten beider Oberarme befinden sich an gleichartigen Stellen über dem Epikondylus ulnaris humeri, zwei Finger oberhalb desselben und in der Gegend der Tuberositas deltoidea humeri drei rötliche, flache, wenig auffallende diffuse Schwellungen. Dieselben sind mit silbrigen trocknen Schuppen besetzt und entsprechen nach Angabe des Patienten Knoten, die spontan zurückgegangen sind. An der Streckseite des rechten Oberarms finden sich noch zwei weitere nur durch die leichte Schuppung und Rötung sich kennzeichnende Flecke, die ebenfalls auf alte spontan geheilte Knoten zurückgehen.

Beide Beugeseiten der Unterarme sind ziemlich frei. Nur am Übergang zur Handwurzel finden sich jederseits an annähernd symmetrischen Stellen zwei blaubraune mit der Haut verwachsene bohnengroße Knoten. In der linken Hohlhand findet sich eine weitere flache nicht verschiebliche bohnengroße Geschwulst, die, äußerlich von blaß graubrauner Farbe, von einer dicken Hornschicht überzogen ist.

Die oberen zwei Drittel der Streckseiten beider Vorderarme sind frei. Am unteren Drittel befindet sich beiderseits ein Haufen von 5—7 erbsen- bis bohnengroßen, konfluierenden, blaubraunroten Knoten (vgl. Fig. 1). Einzelne von diesen sind auf dem Gipfel eingesunken. Sie sind alle über der Unterlage verschieblich.

Beide Handrücken[1]) werden von einer violetten, flachen Schwellung eingenommen, welche an beiden Seiten am Rande von einigen erbsengroßen, harten Tumoren flankiert wird. Am linken Handrücken befindet sich im Zentrum dieser Schwellung eine markstückgroße, weiße, nichterkrankte, vertiefte Partie, an der rechten Seite nimmt die Schwellung nur den ulnaren Teil des Handrückens ein, während die radiale Partie

[1]) Auf Fig. 1 im Verhältnis zu den übrigen Gliedern zu groß wiedergegeben (s. Fig. 4).

Digitized by Google

außer drei kleinen erbsengroßen Knötchen zwei bohnengroße, grauschwarze, gewöhnliche, harte Warzen enthält.

Von den Fingern sind beide Daumen frei von krankhaften Erscheinungen; rechts sind der zweite, dritte und vierte, links nur der zweite und dritte Finger befallen; insbesondere der zweite und dritte Finger der linken Hand sind geschwollen. Die Haut ist gespannt, glänzend und von blauroter Farbe. Einzelknoten lassen sich nicht differenzieren. Die Beugeseiten beider Finger sind frei.

Brust, Rücken und Bauch sind gänzlich von der Krankheit verschont. In der Glutäalgegend befinden sich wiederum beiderseits zahlreiche, in der Tiefe der Subkutis gelegene, meistenteils farblose, wenig erhabene Tumoren, über denen die Haut verschieblich ist. Zwei besonders große Knoten zeigen eine violette, ein kleinerer eine rosa Farbe. Die Anzahl beträgt beiderseits etwa 15; genau läßt sie sich schwer feststellen, da die Knoten teilweise konfluieren.

Fig. 4.

In der rechten Leistengegend findet sich eine geschwollene kastaniengroße Drüse.

Über beiden Kniescheiben sieht man je vier bohnen- bis kastaniengroße, blauviolette Knoten, die rechts getrennt sind, links konfluieren.

Am rechten Bein, fingerbreit oberhalb dieser Knoten fühlt man eine subkutane, mit der Haut verwachsene, hautfarbene, kastaniengroße Geschwulst. An der linken Seite liegen oberhalb der Kniescheibe sieben bohnengroße Knoten von bräunlicher Farbe regellos zerstreut (vgl. Fig. 4).

Ähnlich liegen die Verhältnisse unterhalb der Kniescheibe, wo sich am rechten Bein ein größerer Knoten, am linken Bein dagegen 5 kleinere erbsengroße Knötchen sich befinden.

Die oberen drei Viertel der Streckseite beider Oberschenkel und die Beugeseiten der Oberschenkel sind nicht befallen. Über dem rechten Schienbein findet sich längs des Knochens eine schuppige, leicht gerötete, streifenförmige, nicht erhabene Partie. Die Vorderseite beider Füße, die Haut der Fußgelenke und der linke Unterschenkel sind vollkommen frei von Erscheinungen.

Interessant ist wiederum die symmetrische Verteilung der Knoten an den Füßen. Oberhalb der linken Achillessehne befindet sich eine perlschnurartige Reihe von 4 bohnengroßen, mit der Haut verwachsenen Knoten, von denen der zweite von oben hautfarben ist, die übrigen aber die gleiche blaurote Farbe zeigen wie die Knoten an den Händen. An der rechten Seite befindet sich über der Achillessehne nur ein Knoten. Der Fußrücken ist ganz frei, nur am lateralen Fußrand befindet sich beiderseits eine von hornigen Massen bedeckte, von der Fußsohle herumgreifende Schwellung. In derselben lassen sich je 2—3 flache Knoten mit dem tastenden Finger isolieren.

Die linke Fußsohle zeigt an der lateralen Seite die ebengenannte Schwellung, deren dicke Hornschicht 2 bohnengroße isolierte Knoten teilweise verdeckt. Am medialen Rand befinden sich 2 isolierte bohnengroße Knoten, welche die direkte Fortsetzung der oben beschriebenen perlschnurartigen Reihe von Knoten über der Achillessehne bilden. Sie sind verschieblich und von blauroter Farbe.

Digitized by Google

Die rechte Fußsohle zeigt einen Haufen von 3—4 konfluierten, flachen Knoten am lateralen Fußrücken.

Die Dorsalflächen der Phalangen des linken Fußes sind geschwollen und gerötet, von den Phalangen des rechten Fußes nur die zweite bis fünfte der Phalangen.

Die innere Untersuchung unseres Falles ergibt wenig Bemerkenswertes. Herz, Lungen, Leber und Milz sind ohne krankhaften Befund. Die Milz ist perkussorisch nicht vergrößert, nicht palpierbar. Im Urin, der in reichlichen Mengen abgesondert wird, finden sich keine abnormen Bestandteile. Die Untersuchung der Lungen ergibt überall reines Vesikuläratmen und beiderseits gleichen Perkussionsschall. Das Blutbild zeigt eine leichte Leukozytose, an der vor allem die polynukleären neutrophilen Leukozyten beteiligt sind. Der Hämoglobingehalt beträgt 90% nach Tallquist. Irgend welche Veränderungen der Sensibilität, wie sie von Mazza beschrieben wurden, sind nicht vorhanden. Die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit auf der Haut der Tumoren ist völlig normal. Eine eigentümliche trophische Veränderung findet sich an den Nägeln beider Hände. Die Hände des Patienten sind typische Stauungshände, sowohl Handteller als Finger sind in allen Dimensionen vergrößert und von blaßblauroter Farbe; sie fühlen

Fig. 5.
Miliarlupoid. Nagelveränderungen.

sich kalt und trocken an. Die Nagelplatte ist der Länge nach durch parallele Leisten in longitudinale Felder geteilt. Zwischen diesen Leisten befinden sich tiefe Furchen. Die Nägel sind von schmutzig-gelber bis brauner Farbe (vgl. Fig. 5). Die Nagelaffektion gehört zu den Fällen, die Dubreuilh als Onychorhexis bezeichnet hat. Ein ganz gleiches Bild hat mein Vater in einem der ersten Jahrgänge des Archivs für Derm.[1]) als Stauungsnägel beschrieben.

Die Wassermannsche Reaktion unseres Falls ist negativ. Wiederholt vorgenommene Tuberkulininjektionen sowie Pirquet-Reaktionen fielen negativ aus. Ein Tierversuch wurde nicht angestellt.

Es wurden zu diagnostischen Zwecken verschiedene Tumoren teils tief ausgeschnitten, teils flach abgetragen. Die ausgeschnittenen Stücke gaben in allen Stadien dasselbe histologische Bild. Unterhalb einer ziemlich intakten Epidermis befindet sich eine Geschwulst in der Kutis. Die Neubildung besteht aus verschiedengeformten Herden von Zellen, die durch wohlerhaltene Bindegewebszüge scharf voneinander abgegrenzt sind und in ihrer Gesamtheit einen massigen Knoten bilden. Betrachtet man diese Herde genauer, so kann man sie nach ihrer Gestalt in verschiedene Kategorien teilen. Man sieht meist rundliche Zellherde, die eine läng-

[1]) Vierteljahrschr. f. Dermatol. u. Syph., 1882.

Digitized by Google

liche ovale Gestalt besitzen, daneben aber auch fast kreisrunde Herde. Außerdem gibt es große unregelmäßige Zellkonvolute, die aber sich meist in mehrere konfluierte kleinere Herde auflösen lassen. Bei näherer Betrachtung lassen sich im Zentrum dieser Herde oder mehr peripher Gefäße oder Reste von solchen nachweisen. Es ist nicht schwer zu erkennen, daß diese Herde zylindrischen, um die Gefäße mantelförmig gelagerten Zellsträngen entsprechen. Diese geben je nach der Art und Weise, wie sie vom Schnitte getroffen sind, kreisrunde oder ovale Querschnitte.

Die Zellstränge bestehen fast ausnahmslos aus homogen geschwollenen Zellen, den sogenannten „Epithelioidzellen", die an der Peripherie der Zylinder meist dichter gedrängt, im Zentrum ein etwas lockeres Gefüge aufweisen.

Das Protoplasma der homogen geschwollenen Zellen ist wie bei Lupus mit Eosin und Pyronin schlecht färbbar. Die zunächst ganz soliden Zelleiber verlieren Teile ihres Protoplasmas und erhalten dadurch ein poröses, verwittertes Aussehen, an einzelnen Stellen kommt es sogar zur Verkäsung.

Die Zellen werden im allgemeinen nicht so groß wie beim Lupus und liegen nicht derartig dicht aneinander, sondern es befinden sich zwischen den Zellen häufig kleinere Zellücken. Am besten lassen sich diese Verhältnisse an den Kanten der Geschwulst und in der Tiefe der Kutis verfolgen. Die Zellstränge sind gegeneinander außerordentlich scharf abgegrenzt, und dieses ist einer der wichtigsten Unterschiede gegenüber Lupus und Syphilis. Die Abgrenzung geschieht durch wohlerhaltene Züge von Bindegewebe mit zahlreichen normalen elastischen Fasern. Innerhalb der Zylinder dagegen geht Kollagen und Elastin zugrunde.

An den Stellen stärkster Verkäsung finden sicht nicht selten von dünnen Epidermislamellen und Epithelien erfüllte Hornzysten, die den Hallopeauschen Milien entsprechen. Diese Milien liegen häufig ziemlich tief in der Kutis, und man kann oft in ihnen die Reste eines Haarbalgs erkennen. Außer den Epithelioidzellen finden sich viele pyknotische nackte, häufig gelappte und geschlängelte Kerne, deren Zuhammenhang mit Protoplasma schwer nachweisbar ist. Auch einige Pseudoriesenzellen, die Querschnitten von obturierten Gefäßen entsprechen, finden sich in den meisten Gesichtsfeldern. Langhanssche Riesenzellen waren in unseren Präparaten nicht vorhanden. Häufig dagegen findet man Haufen dicht zusammenliegender großer Kerne, die leicht Riesenzellen vortäuschen könnten. Plasmazellen sind selten, aber wohl ausgebildet und finden sich in der Nähe von Gefäßen im Bindegewebe zwischen den Strängen. Auch sehr vereinzelte Mastzellen sind vorhanden. Polymorphkernige Leukozyten fehlen vollkommen. Was die Blutgefäße anbelangt, so sind die Gefäße in der Nachbarschaft der Knötchen stark erweitert, sowohl Venen wie Arterien. Im Papillarkörper oberhalb des Knotens sind auch noch viele mit Blut gefüllte erweiterte wohl erhaltene Gefäße; nur da, wo der Tumor die Epidermis berührt, fehlen dieselben. Überall innerhalb der Herde findet man einige wohl erhaltene Arterien, andere sind zusammengedrückt oder endarteriitisch verschlossen. Größer sind die Veränderungen an den Venen, die häufig stark verändert sind. Es finden sich alle Grade der Endophlebitis und Phlebitis bis zu völligem Verschluß. Das

Digitized by Google

elastische Gewebe geht dabei zugrunde, löst sich auf, und die Reste sind nur noch an einigen orzeingefärbten Bröckeln zu erkennen.

Hyalin und Fibrin findet sich nirgends. Das kollagene Gewebe ist zwischen den Zellsträngen gut erhalten, enthält einige Plasmazellen, hypertrophische Spindelzellen und ein normales Elastinnetz. In allen Schnitten finden sich mitten in den Zellenherden unversehrte Knäueldrüsen, Knäueldrüsengänge und Haarbälge.

Was die Epidermis betrifft, so ist diese anfangs ziemlich intakt. Je mehr der Kutistumor sich ihr nähert, desto mehr wird der Papillarkörper ausgeglichen und die Epidermisleisten verstreichen. An einzelnen Punkten besonders am Rande kommt es an umschriebenen Stellen zu einer starken parakeratotischen Verhornung, die zum völligen Schwund des Stratum spinosum führen kann, so daß der Tumor unmittelbar an das atypisch verhornte Stratum corneum grenzt.

Das histologische Bild ist, wie Boeck und Darier behaupten, so charakteristisch, daß ein Blick ins Mikroskop bei schwacher Vergrößerung genügt, um die Diagnose zu stellen. Gibt es doch keine andere Affektion, die an das typische, man möchte sagen monotone Bild des Miliarlupoids mit der Massigkeit seiner Zellwucherung, mit seiner strangförmigen Architektur und seiner Elementarzusammensetzung aus fast ausschließlich homogen geschwollenen Zellen erinnert.

Wenn wir der Darierschen Einteilung[1]) folgen, so gehört der Fall in die Klasse der Boeckschen Hautsarkoide oder miliaren Lupoide, und zwar zur großknotigen und infiltrierenden Form.

Ich werde nur kurz ins Gedächtnis rufen, daß Boeck drei verschiedene Formen seiner Krankheit unterscheidet: Die großknotige, die aus Tumoren von Erbsen- bis Taubeneigröße besteht; die kleinknotige papulöse Form, die sich aus Knötchen von Hanfkorn- bis Erbsengröße zusammensetzt, und die diffus infiltrierende Form, die aus weniger scharf abgegrenzten Plaques besteht. Ob diese letztere eine selbständige Stellung einzunehmen berechtigt ist oder nur aus den beiden ersten durch Konfluenz entsteht, diese Frage läßt Boeck offen.

In unserem Fall besteht die Krankheit aus großen Knoten und unregelmäßigen Plaques, gehört also der ersten und dritten, vornehmlich aber der ersten Gruppe an.

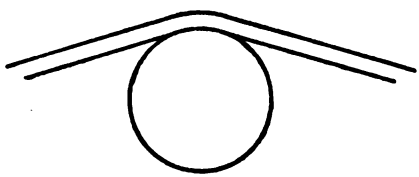
Wir müssen mit Darier Boeck vollkommen beistimmen, wenn er sagt, daß es sich um eine klinisch scharf charakterisierte Form handelt, und ferner, daß, wenn klinisch diagnostische Schwierigkeiten entstehen, das histologische Bild mit keinem anderen pathologischen Hautprozeß verwechselt werden kann. Es handelt sich in unserem Fall um einen kerngesunden, starken, blühend aussehenden Mann der arbeitenden Klasse vom Lande in mittlerem Lebensalter. Eine innere Erkrankung

[1]) Mon. f. prakt. Derm., 1910, Bd. 50, S. 419.

Digitized by Google

lag nicht vor. Patient hatte viel an Magenbeschwerden gelitten. Sonst ist aus der Vorgeschichte zu erwähnen das Vorausgehen der eigentümlichen Augenaffektion. Der behandelnde Augenarzt hielt die Iritis für tuberkulös, jedoch ist der strikte Beweis, daß es sich um Tuberkulose handelt, nicht geführt. Vor allem sprachen dagegen die gänzlich negativen Reaktionsbefunde. Tuberkulose ist in der Familie nicht vorhanden.

Hinsichtlich der Entstehung stimmt unser Fall mit denen von BOECK überein. Ziemlich plötzlich entwickeln sich schubweise, ohne jede Beschwerden, kleinere und größere Knoten. Die Knoten entstanden teils plötzlich als rote Schwellungen, teils lagen sie mehr fühlbar als sichtbar lange Zeit in der Tiefe der Kutis, so z. B. in der Glutäalgegend, wo sie sich äußerlich nur durch eine bläuliche Hautverfärbung über einzelnen der in der Tiefe liegenden haselnußgroßen, derben Knoten markierten. Es fand sich bei allen Knoten ein langsames, über Monate sich erstreckendes peripheres Wachstum. Außer den solitären Knoten fanden sich noch in Gruppen oder in Reihen stehende Knoten, so z. B. am Nacken und längs der Achillessehne; ferner diffuse breite Infiltrate, welche sich aus Knoten zusammensetzen, die meist die Ränder der Infiltrate flankieren, und die mehr oder minder scharf sich aus dem Grunde erheben. Im allgemeinen fällt eine Eigenschaft der Affektion auf, die auch BOECK schon bemerkt hat: daß die Knoten bedeutend größer sind als man auf den ersten Blick erkennen kann, da ihr der Hautoberfläche zugewandtes Segment von der Epidermis in einem nur kleinen Umfange tangiert wird, wie folgende Figur es veranschaulicht:



Daher kommt es, daß man auf den Photographien der großknotigen Form, wo ja die sehr auffallende Färbung fehlt, zuerst nur mit Mühe den Sitz der Tumoren erkennen kann, obgleich dieselben in Wirklichkeit zu gewaltigen Entstellungen des Gesichts geführt haben (vgl. Fig. 1—3).

In unserem Fall verhinderte die starke, teilweise brettharte Infiltration der Gesichtshaut und die bis in die Subkutis reichenden derben Knoten jede mimische Bewegung und verliehen dem blauroten Gesicht etwas Starres, Maskenartiges. Auch BOECK spricht bei einem seiner Fälle von dem „abschreckenden Aussehen" des Gesichts.

Bei fast allen typischen Fällen tritt zunächst die Multiplizität der Effloreszenzen in den Vordergrund des Interesses, besonders bei

Digitized by Google

einem Fall der kleinknotigen Form von Hallopeau und Eck, wo Tausende derselben vorhanden waren, jedoch auch bei den weiteren Fällen von Boeck usw. In unserem Fall waren nach oberflächlicher Schätzung ungefähr 100 Knoten fühlbar, doch lassen sich genaue Angaben nicht machen, da in den Infiltraten und in der Tiefe der Haut wohl noch viele Knoten liegen mögen, die sich nicht abtasten lassen. Insbesondere in der Tiefe der Glutäen waren über 30 Knoten abgrenzbar, viele aber ließen sich in der Tiefe nur schlecht fühlen, so daß es nicht ausgeschlossen ist, daß in der Tat weit mehr vorhanden waren.

Außer der großen Anzahl der Tumoren imponierte auf den ersten Blick ihre große Verschiedenheit an Größe, Form und Farbe. Bei dem Fall I von Boeck, aus seiner Arbeit von 1905, fanden sich Knoten von der Größe einer Erbse bis zu der eines Taubeneies. Das gleiche läßt sich von unserem Patienten sagen, nur überwiegen bei ihm die großen Knoten von Bohnen- bis Walnußgröße.

Was die Form betrifft, so richtet sich diese nach den Entwicklungsstadien. Sehr richtig sagt Boeck, daß alle Knoten dieselbe Entwicklung durch verschiedene Stadien durchlaufen, und gerade auf diesen Punkt legt er den größten Wert. Ich muß ihm völlig beistimmen, und es gibt meines Erachtens nur wenige Hautaffektionen, die einen so regelmäßigen Ablauf der Erscheinungen darbieten wie das Miliarlupoid. Auch in unserem Fall fingen die Knoten zuerst ziemlich tief in der Haut an sich zu bilden, machten sich in diesem Stadium zuerst nur dem tastenden Finger bemerkbar oder zeigten eine leise rosa oder häufiger blaurote Verfärbung der darüberliegenden Haut. Je näher der Oberhaut gelegen, um so mehr wölbt der Knoten die Haut hervor. Zuerst noch frei verschieblich, verwächst er bald mit der Haut; die Farbe geht von rosa oder bläulichrot ins Braunrote über und ist manchmal rostbraun. Eigentümlich ist der Befund, daß innerhalb der massigen Infiltrate am linken Handrücken und der linken Wange markstückgroße, völlig normale Stellen ausgespart waren, die aus dem violettbraunen umgebenden Gewebe als weiße Vertiefungen seltsam abstachen. Ferner finden sich einige große Knoten, über denen die Haut gar keine Farbenveränderungen zeigt. Die Epidermis spannt sich über den Knoten, sie bleibt bis auf eine leichte feine Abschuppung in der Peripherie der Knoten aber normal, durchscheinend. Die oberflächlichen Venen sind stark injiziert, geschlängelt. Der Knoten wölbt sich währenddessen immer mehr, ragt indessen immerhin nur mit einem geringen Anteil seiner Höhe aus der umgebenden Haut, in die er tief eingelassen ist, hervor. In unserem Falle war die Erhebung der Knoten über die Haut durchschnittlich größer als in den Boeckschen Fällen; bei einigen

Digitized by Google

Knoten bis zirka 5 mm. Schließlich bilden sich die Knoten zurück, zuerst im Zentrum, und zeigen dort meist eine deutliche Einsenkung. Dann entstehen die von BOECK schon so häufig beschriebenen typischen Bilder von Knoten mit blauroter, von injizierten geschlängelten Gefäßen durchzogener Mitte, die von braunrotem bis dunkelbraunem stärker hervorragendem Rande eingerahmt ist. Der Rand war häufig unregelmäßig gebuchtet oder vieleckig. Auf den Händen und im Gesicht zeigte sich eine ausgesprochene Tendenz der Knoten, zusammenzufließen. Nirgends zeigen die Knoten Eiterung, Einschmelzung oder spontane Geschwürsbildung, alles Dinge, welche von allen Beobachtern in gleicher Weise angegeben werden. Unser Fall zeigte nur auf der linken Backe ein Ulkus, welches jedoch von einer Exzision herstammte.

Die weitere Rückbildung der Knoten geschieht unter allmählicher Abflachung, Resorption und Pigmentbildung. Doch habe ich bei unserem Fall braunschwarze Pigmentbildungen, wie BOECK sie beschreibt, nicht gesehen und möchte mir die Frage erlauben, ob diese starken Pigmentierungen nicht teilweise auf Konto der starken Arsenikbehandlung zu setzen sind. Jedenfalls rührte in unserem Fall die braune Färbung zum größten Teil von dem Gelb der großen epithelioiden Zellen und dem Rot des Blutes her. Pigment fand sich nur vereinzelt und nicht häufiger in der Peripherie als im Zentrum der Knoten.

Die Involution der Knoten geht, wie alle Beobachter übereinstimmen, häufig spontan vor sich. Bei uns zeigten sich auf beiden Oberarmen breite bräunliche, schuppende, flache Infiltrate und Flecke, die ursprünglich nach Angabe des Patienten aus Knoten bestanden hatten. Gänzlich vernarbte Knoten oder größere Substanzverluste, wie BOECK und HALLOPEAU (cicatrices indélibiles) sie beschreiben, waren in diesem Fall noch gar nicht vorhanden, jedoch war die Haut über oben erwähnten involvierten Plaques etwas atrophisch.

Was nun das Tempo der Entwicklung bei den Knoten unseres Falles betrifft, so war innerhalb des Jahres, in dem ich den Fall beobachtet habe, von Juni 1911 bis Juli 1912 ein Auftreten von neuen Knoten zu konstatieren besonders an den Unterarmen, eine Vergrößerung der mittelgroßen Knoten nach der Peripherie und teilweise auch eine weitere Rückbildung einzelner Infiltrate. Auch das langsame Wachstum gehört zu den Eigentümlichkeiten dieser Affektion.

Auffallend war auch besonders in unserem Fall die weitgehende Symmetrie der Knoten. Dieselbe geht so weit, daß in der obigen Beschreibung es mir möglich war, die Affektionen der symmetrischen Körperteile zusammen zu beschreiben.

Was nun die ferneren makroskopischen Details an den Eruptionen

Digitized by Google

betrifft, so hat Boeck immer und immer wieder auf die Zusammensetzung der Knoten aus „hanfkorngroßen gelben oder braunen Foci oder Herden“ hingewiesen. Dieselben werden geschildert als scharf markierte miliäre Knoten oder Knötchen von dunkelstrohgelber, brauner oder graubrauner Farbe, die in den Erscheinungen der kleinpapulösen Form leicht makroskopisch erkennbar, in denen der großknotigen und der infiltrierenden Form jedenfalls auch leicht mit Diaskopie sichtbar zu machen sind. Auch in unserem Falle waren dieselben, besonders in den Rändern der Knoten, deutlich sichtbar; von diesen miliären Foci sind streng zu trennen die ebenfalls häufig vorkommenden, von Hallopeau und Eck zuerst beschriebenen, in der Tiefe gelbweißen und an der Oberfläche der Haut grauweißen Milien. In meinem Falle waren sie außerordentlich häufig, so daß sie in jedem mikroskopischen Schnitte vorhanden waren.

Die Konsistenz der Knoten war im allgemeinen hart, nur bei der Rückbildung unter zentralem Einsinken der Knoten zeigte die Mitte eine etwas geringere Konsistenz. Die Foci ließen sich mit einer Sonde oder Spickholz nicht anbohren wie die Lupusknötchen, unterschieden sich auch sonst etwas von denselben durch die opakere Farbe, die Gestalt, die meist oblong, selten rund ist, und die größere Anhäufung der Foci. die meist in dichten Haufen zusammenstehen.

Auch in bezug auf die Verteilung der Affektion bestehen weitgehende Übereinstimmungen unseres Falles mit den Boeckschen Fällen. Prädilektionsorte sind Gesicht, Ohren und die obere Extremität. Der Rücken, der ebenfalls häufig befallen wird, war in unserem Falle fast frei, desgleichen die Nase und der behaarte Kopf. Dagegen waren sehr stark befallen beide Hinterbacken und im Gegensatz zu den Fällen von Boeck und den meisten anderen Beobachtern auch Fußsohlen und Handteller. In einer neueren Arbeit über ein typisches Lupoid von Wolfheim[1]) ist ein ähnlicher Befund an den Füßen beschrieben und vorzüglich abgebildet.

Was die Lymphdrüsen betrifft, so sind bei unserem Fall die Leistendrüsen und die Nackendrüse sowie eine Drüse am Kopfnicker befallen. Die submaxillaren und submentalen Lymphdrüsen, die Okzipitaldrüsen, die Axillardrüsen und Klavikulardrüsen sind dagegen nicht geschwollen. Die Kubitaldrüsen, die in mehreren Fällen von Boeck stark geschwollen waren, erwiesen sich als nicht vergrößert.

Eine Betrachtung der Histologie ergibt eine außerordentliche Übereinstimmung mit den Beschreibungen von Boeck und Darier. Charakteristisch ist meines Erachtens das massige Zellstrangkonvolut

[1]) Iconographia dermatologica, 1912, S. 255.

Digitized by Google

die scharfe Abgrenzung der Zellzylinder durch wohlerhaltenes Bindegewebe, die mantelförmige perivaskuläre Gruppierung der Zellen, das nahezu gänzliche Fehlen aller übrigen Entzündungszellen, polymorphkernigen Leukozyten, Plasmazellen, Mastzellen. Die histologische Beschreibung DARIERS in den Monatsheften f. prakt. Derm., Bd. 50, Nr. 10, kann ich für meinen Fall vollkommen unterschreiben, verweise auch noch auf das ausgezeichnete Übersichtsbild Tafel I, in der die architektonische Struktur des Miliarlupoids vortrefflich zur Geltung kommt. Abweichend von der Beschreibung BOECKS, aber übereinstimmend mit DARIER habe ich an den venösen Blutgefäßen Veränderungen gefunden, die in manchen Fällen, wie auch DARIER angibt, bis zur völligen Zerstörung derselben „bis auf das elastische Skelett" führen. Auch bei den Arterien fand ich arteriitische Prozesse. Von den HALLOPEAUschen Milien konnte ich in einigen Schnitten nachweisen, daß diese aus Haarbälgen entstehen, die mitten in verkäsende Stränge eingebettet sind. Ferner fiel mir bei meinem Fall das häufige Vorkommen von parakeratotischer Verhornung auf, welche von den beiden Autoren nicht erwähnt wird. Richtige Riesenzellen konnte ich in meinen Präparaten nur sehr selten entdecken, wohl aber sehr viele Pseudoriesenzellen. Die Lymphozyten oder lymphozytoiden Zellen, welche die beiden Autoren angeben, entsprechen unseren atrophischen Plasmazellen. Diese fanden sich in geringer Anzahl meist um einige wohlausgebildete große Plasmazellen gruppiert. Auffällig ist das vorwiegende Freibleiben der obersten Kutisschicht, ein Verhalten, das sehr an Lepra erinnert, mit welcher Krankheit das Miliarlupoid überhaupt zahlreiche klinische und histologische Ähnlichkeiten hat. In dieser geschwulstfreien Zone finden sich zahlreiche, dem subpapillären Gefäßnetz angehörige, stark mit Blut gefüllte Kapillaren. Analog dem peripheren Fortschreiten des Knotens befinden sich in seiner nächsten Nähe, besonders in den tieferen Kutisschichten vereinzelte, meist ovale, durch Bindegewebe deutlich abgegrenzte Zellzylinder.

Fassen wir nun diese Übersicht der klinischen und histologischen Symptome zusammen und vergleichen unseren Fall mit der klassischen Beschreibung von BOECK [1]) Seite 319, so ergibt sich eine fast sich deckende Übereinstimmung unseres Falls mit den Fällen des norwegischen Autors.

Für die BOECKsche Definition spricht: Es handelt sich um multiple erbsen- bis hühnereigroße Geschwülste (großknotige Form) bei einem Mann der mittleren Jahre. Die Affektion sitzt an den Prädilektionsstellen: Gesicht, obere Extremitäten usw., und ist symmetrisch an-

[1]) Archiv f. Dermat. u. Syph., 1905, Bd. 73, S. 319.

Digitized by Google

geordnet. Plötzlich in der kalten Jahreszeit auftretend, hat sie einen gutartigen, sich über Monate erstreckenden chronischen Verlauf, indem die Knoten aus der Tiefe der Haut nach der Oberfläche aufsteigend regelmäßig verschiedene Entwicklungsstadien durchmachen. Die Effloreszenzen zeigen ein langsames peripheres Wachstum sowie Neigung zur Spontanrückbildung. Die Knoten und Infiltrate (Plaques) haben eine harte Konsistenz, eine bräunliche oder bläuliche Farbe, sind mehr fühlbar als sichtbar, zeigen an der Oberfläche eine feine Abschuppung, niemals aber Neigung zu ulzerieren oder zu erweichen. In allen Effloreszenzen finden sich die von Boeck beschriebenen Elementarelemente: Gelbbraune bis graue miliare „Foci", die mit Hülfe des Diaskopes leicht sichtbar gemacht werden können. Die Knoten zeigen auf der Höhe ihrer Entwicklung eine zentrale Einsenkung, innerhalb deren die oberflächlichen Gefäße stark erweitert und injiziert sind, und gewähren mit ihrem blauroten Innern und dem braunen stark erhabenen Rande ein charakteristisches Bild, auf das Boeck in seinen Abhandlungen wiederholt aufmerksam macht. Als ein häufiges Vorkommnis finden sich die Hallopeauschen Milien.

Gegen die Boecksche Definition spricht von wesentlichen klinischen Symptomen nichts. In unserem Fall waren Rücken und Nase des Patienten, die Boeck zu den Prädilektionsorten rechnet, frei, dagegen die Handteller und Fußsohlen erkrankt, von denen Boeck behauptet, sie würden nicht befallen. Eine Verteilung der Knoten um alte Narben konnte trotz Vorhandensein solcher nicht beobachtet werden.

Als weder für noch gegen Boecks Definition sprechend, muß man folgende klinische Symptome bezeichnen. Das Allgemeinbefinden war bei unserem Patienten nicht gestört, die Tuberkulosereaktionen sind negativ, eine Nasenaffektion liegt nicht vor.

Von den histologischen Symptomen spricht für Miliarlupoid der gröbere Aufbau der knotenförmigen Geschwulst aus scharf durch normale Bindegewebszüge voneinander abgegrenzten, die Gefäße mantelartig umgebenden strangförmigen Zellenmassen, ferner das Baumaterial, das fast ausschließlich von homogen geschwollenen Zellen gebildet wird, das Fehlen aller polymorphkernigen Leukozyten und Mastzellen, die geringe Anzahl von Plasmazellen, die Verdrängung von Kollagen und Elastin durch die Zellstränge, innerhalb deren Elastin und Kollagen zugrunde geht. Nicht übereinstimmend mit der Boeckschen Beschreibung ist das Vorkommen von Gefäßveränderungen, die Seltenheit von Riesenzellen, doch stimme ich in diesen beiden Punkten mit der Darierschen Beschreibung überein. Die von beiden Forschern als Lymphozytenhaufen gedeuteten Gebilde möchte ich für atrophische

Digitized by Google

Plasmazellen halten, da ich eine hämatogene Auswanderung von kleinen Lymphozyten, solange dieselbe bei dieser Erkrankung nicht einwandsfrei nachgewiesen ist, nicht anerkenne und außerdem bisher in zahlreichen Fällen, wo die Mehrzahl der Beobachter von Lymphozyten im Gewebe sprachen, stets der Zusammenhang mit Plasmazellen durch eine gute Granoplasmafärbung erbracht werden kann.

Was nun die Therapie betrifft, so haben auch wir nach Stellung der Diagnose Arsenik in größeren Dosen mit gutem Erfolg angewendet. Außerdem erwies sich Ichthyol pur., das wir zuerst anwendeten, um die Stauung der Hände zu beseitigen, schließlich im Verein mit Arsenik als ein gutes Heilmittel. Die mit Ichthyol behandelten Knoten bildeten sich schneller zurück als die äußerlich unbehandelten.

Über molekular zerstäubtes Quecksilber bzw. Kontraluesin und Behandlung der Syphilis mittels des neuen Präparates.

Von

Dr. Ed. Richter, Plauen i. V.

Auf dem internationalen laryngologischen Kongreß 1911 in Berlin und dem internationalen dermatologischen Kongreß 1912 in Rom habe ich eine Methode der Syphilisbehandlung fixiert, welche ich kurz skizziert in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie usw. in einem Autoreferat beziehentlich der Verhandlungen des ersteren Kongresses geschildert habe. Wie aus alle diesen Berichtstellen ersichtlich, handelt es sich um eine Methode der Syphilisbehandlung, wie sie bisher noch nicht beschrieben wurde.

Seit drei Jahren habe ich die Methode systematisch weiter gefördert und ausgebaut, und ich habe mit diesen Zeilen die Absicht, dem weiteren ärztlichen Publikum den Stand der neuen Methode bekanntzugeben. Auf dem deutschen Chemikertag 1912 in Freiburg hat Ehrlich den Wunsch auf ein wirksames, die Luestherapie stützendes Hg-Präparat ausgesprochen. Ich glaube also, daß die Bekanntgabe eines neuen wirksamen Hg-Präparates schon aus diesem Grunde nicht überflüssig ist.

Die neue Methode arbeitet unter anderem mit molekular zerstäubtem Quecksilber. Es ist mir gelungen, metallisches Quecksilber derartig in wäßrigen Lösungen fein zu verteilen, daß es nicht allein bis zu Kokkengröße, sondern auch noch feiner verteilt werden kann und zwar so fein, daß es trotz seines großen spezifischen Gewichtes stundenlang in einer

Digitized by Google

Lösung von antiluetischer Qualität in Schwebe bleibt. Entschieden ist dadurch ein technischer Fortschritt erzielt, der bisher noch nicht vorhanden war. Die technische Verarbeitung des Präparates durch mich selbst hat aber ihre Grenzen und das Präparat wird seine Wirkungen noch mehr entfalten können, wenn es technisch mit vollkommneren Mitteln dargestellt wird. Das Präparat erzielt die Auseinanderhaltung des molekularen Hg nicht durch fettige Vehikel, welche meiner Meinung nach nur die Resorption aufhalten und zu Verkapselungen führen, sondern es gibt die staubfeinen Hg-Partikel direkt zur Resorption in die Körperbahn. Geht die Verteilung des Hg. nun bis zu Kokkengröße oder Blutkörperchengröße und eventuell noch darunter, so ist klar, daß damit der Resorption des Hg. neue Wege geschaffen sind.

Da das molekular zerstäubte Quecksilber nur ein Bestandteil des neuen Antiluetikum ist, so will ich die Gesichtspunkte schildern, unter denen ich das ganze Präparat herstelle, um damit zu begründen, warum ich es Kontraluesin nenne.

In der Absicht mir eine allgemein antibakterielle Grundlage zu verschaffen, habe ich eine Lösung von Sozojodol-Chinin-Salizylverbindungen derartig vereinigt, daß sie keine Ausfällung der Salze gibt. Ein sehr wesentlich wirksamer Bestandteil dieser Lösung scheint das von mir hergestellte sozojodolsaure Chinin zu sein. Diese Salze haben also zunächst eine allgemein antibakterielle Wirkung. Um die Wirkung dieser Salze aber auch in akut antiluetischem Sinne heranzuziehen, habe ich ihrer Lösung Sublimat und Arsen hinzugefügt. Die Herstellung dieser Lösungen ist nun keineswegs ein bloßes Mischen, sondern die Salze werden nach bestimmten Prinzipien verarbeitet. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die Verarbeitung der Salze hier zu schildern.

Da nun das molekulare Hg einen chronischen antibakteriellen Charakter besitzt, so sind also in einem Kubikzentimeter des Präparates drei Wirkungen vereinigt, eine akut antibakterielle, eine akut antiluetische und eine chronische antiluetische. Mit einer Injektion von 1 ccm treten alle drei Wirkungen in Kraft. Die Ungiftigkeit des Mittels habe ich durch Tierversuche und Versuche an meiner Person erhärtet.

Das Präparat wird durch intramuskuläre Injektion in die Nates verabreicht, nachdem man die zu injizierende Stelle mit Seifenspiritus abgerieben und mit Jodtinktur bepinselt hat. Ebenso wird die Zweikubikzentimeterspritze (mit Nadel 0,9 : 35 mm) mit Seifenspiritus gereinigt und mit Jodtinktur die Nadel stark bepinselt, so daß etwas Jodtinktur mitinjiziert wird. In die Sakrolumbalgegend injiziere ich nur dann, wenn die Nates durch Dermatosen oder Aknepusteln infektiös sind.

Mundpflege und Diät sind wie bei der gewöhnlichen Hg-Therapie.

Digitized by Google

Die Injektionen sind durchaus wirksam und wird die immer mehr zu verbessernde Technik sicher diese Wirksamkeit noch weiter erhöhen können. Für die jetzigen Präparate ist die Injektionenzahl auf vier festgesetzt; es wäre aber wahrscheinlich, daß sie eventuell bis auf drei heruntergehen kann.

Ich selbst habe bis jetzt 126 Fälle mit der Behandlung abgeschlossen und die volle Wirksamkeit des Präparates eintreten sehen. Unter diesen Fällen sind zwei Fälle von frischer Syphilis nach einem halben Jahre rezidiviert. Diese Fälle hatten nur drei Spritzen erhalten. Ein Fall wurde in der Behandlung vom Partus unterbrochen und kam mehrere Monate darauf wieder zur Besichtigung, an einer akuten Retinitis leidend.

Die sonstigen Injektionen gingen ohne oder ohne wesentliche Schmerzen, ohne Abszesse, ohne Verdickungen und Nekrosen vorüber. Irgend welche beängstigende Erscheinungen wurden bei der Injektion nie beobachtet.

Was die Wassermannsche Blutreaktion anbetrifft, so hat Dr. Schourp-Danzig günstige Erfahrungen gesammelt. Die Zahl seiner Fälle beträgt 70. Dr. Schourp hat mich ermächtigt, seine Erfahrungen auf dem römischen Kongreß bekanntzugeben; sie lauteten bis dato günstig und so verspricht die Methode an der Hand der praktischen Erfahrung zu einer brauchbaren Methode heranzureifen.

Dr. Schourp hat unter seinen Fällen zehnmal Stomatitis, ich früher zweimal leichtere und eine schwere Stomatitis beobachtet, bemerke aber hierzu, daß die Stomatitis offenbar auch von der Menge des verwendeten Hg. abhängig usw. ist und so jedenfalls in ihren schweren Formen zu vermeiden sein wird.

Die ca. 200 Fälle repräsentieren ungefähr 700 Injektionen, ohne daß sich außer der Stomatitis irgend eine ungern gesehene Komplikation eingestellt hätte.

Dr. Schourp wird seine Erfahrungen später veröffentlichen. Für mich kam es darauf an, hier an dieser Stelle nicht pro domo zu sprechen, sondern die Prüfung des Mittels muß ich in ihrer Bewertung den Herrn Kollegen überlassen, wenngleich ich durch weitere Erfahrungen die Methode ausbauen kann.

Mir lag es für jetzt nur daran, das Vorhandensein einer neuen technischen Verwertung des Hg zur Syphilisbehandlung und das Vorhandensein einer neuen Behandlungsmethode den Kollegen bekanntzugeben.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die spezifischen Veränderungen der Haut der Hände und Füße bei Frambösie, mit einigen allgemeinen Bemerkungen zur Frambösie und ihren Späterscheinungen, von Gustav Baermann. (Beiheft 6 zum Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911.) Der Verfasser beschreibt in ausführlicher Weise die merkwürdigen Prozesse an der Haut der Handteller und Fußsohlen Frambösiekranker, die spezifisch für Frambösie sind, von dem allgemeinen Syphilis-Frambösie-Typus häufig abweichen, und die in Form von zum Teil auffallenden, zum Teil ganz geringen, überaus chronischen Veränderungen die Frambösie in seltenen Fällen als über Jahre und Jahrzehnte aktiv bleibend erkennen lassen. Sie zeigen einerseits Übergänge zu den öfter beschriebenen psoriasisähnlichen Herden der Frambösie, weichen aber in späteren Formen vollständig von ihnen ab. Die Erscheinungen sind so polymorph und in ihren einzelnen Verlaufsphasen so different, daß durch die Beschreibung allein das Krankheitsbild nicht erschöpft werden kann. Der Verfasser hat deshalb seiner Arbeit eine ganze Reihe von vortrefflichen Photographien beigegeben. A. Gunsett-Straßburg.

Die Ätiologie des Granuloma venereum, von P. C. Flu. (Beiheft 9 zum Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911.) Bei dem Granuloma venereum, einer auf die Genitalgegend beschränkten hellroten, leicht blutenden Granulationsmasse, welche besonders in Britisch-Indien vorkommt, kommen intrazellulär, selten extrazellulär, Organismen vor, die von einer Kapsel umgeben sind und meistens in Zooglöamassen auftreten. Letztere zeigen das Bestreben, den Kern wie eine Kappe zu umgeben, während die Zelle auf das Eindringen der Mikrobien mit dem Ausstoßen von Kernsubstanz reagiert. Das Granulom gehört histologisch zu den Plasmomen und ist mit dem Rhinosklerom nahe verwandt. A. Gunsett-Straßburg.

Röntgentaschenbuch, begründet und herausgegeben von Ernst Sommer-Zürich. Bd. 4. (Otto Nemnich, Leipzig 1912.) Bei der großen Bedeutung, welche die Röntgentherapie in der Dermatologie gewonnen hat, und der großen Anzahl der diese Therapie ausübenden Dermatologen mag auf dieses kleine Buch hingewiesen werden, welches, wenn es auch wenig speziell Dermatologisches enthält, doch durch eine Fülle von Mitteilungen mehr technischer Art sich empfiehlt. So sind besonders der Abschnitt über Röntgenometrie von Heinz Bauer, sowie die Mitteilung über exakte Dosierung therapeutischer Voll- und Teildosen von Klingelfuss, ferner die Bemerkungen von H. E. Schmidt über die Bedeutung der Sensibilisierung und Desensibilisierung für die röntgentherapeutische Praxis auch für den Dermatologen von Wert.
A. Gunsett-Straßburg.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von Erhard Riecke-Leipzig. Zweite Auflage. (Gustav Fischer, Jena 1912.) Das vorliegende Lehrbuch ist in seiner ersten Auflage rasch bekannt und beliebt geworden, so daß schon nach vier Jahren eine neue Auflage nötig wurde. Im wesentlichen ist die neue Auflage der alten gleich geblieben, doch wurde allenthalben den neuesten Errungenschaften der dermatologischen Wissenschaft Rechnung getragen, und auch sonst zeigt manches Kapitel anerkennenswerte Verbesserungen und Bereicherungen. Schon der Abschnitt über allgemeine Dermatologie (Riehl-Wien) hat eine überaus instruktive Illustrierung erhalten. Auch die Ekzemtherapie (Ehrmann-Wien) hat eine Neubearbeitung und Ergänzung erfahren. Aus dem Kapitel über Hauttuberkulose (Grouven-Halle) ist vor allem die eingehende Besprechung der Tuberkulintherapie hervorzuheben. Grouven gibt in neuerer Zeit dem Neutuberkulin den Vorzug, welches, „was die Erzielung kräf-

Digitized by Google

tiger Lokalreaktion betrifft, dem Alttuberkulin nahe kommt, aber wesentlich geringere Allgemeinreaktion macht". Im selben Abschnitt finden wir auch eine ausführliche Würdigung der Finsen-, Röntgen- und Radiumtherapie, welche zwar nicht die Speziallehrbücher dieser Disziplinen ersetzt, wohl aber eine allgemeine Orientierung in dieser Frage gestattet.

Auch die moderne Vakzinetherapie der Blennorrhöe, ferner neue Krankheitstypen wie Sporotrichose, Lichen nitidus sind berücksichtigt worden.

Sehr zu begrüßen ist ferner die ausführliche Darstellung der Wassermannschen Reaktion, welche Buschke in äußerst klarer und leicht verständlicher Weise gibt. Allerdings wird sein ablehnender Standpunkt in der Frage der Bedeutung der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis auf Widerstand stoßen. In der Salvarsantherapie, die er übrigens mit der ihr zukommenden Ausführlichkeit bespricht, ist er äußerst vorsichtig und will sie auf die gegen Hg und Jod refraktären oder resistenten Fälle beschränkt wissen.

Jedenfalls bedeutet die neue Auflage des Lehrbuches einen bedeutenden Fortschritt; es bietet dem Dermatologen durch die jedem Kapitel beigefügten Literaturangaben eine schnelle Orientierungsmöglichkeit und wird auch dem Nichtdermatologen durch seine prägnante Fassung wesentliche Dienste leisten. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Technik des Haarkleides und der Haare der Säugetiere, von Friedenthal. (Ztschr. f. Morphol. u. Anthropol., Bd. 14, Heft 3.) Der Aufsatz verfolgt die Absicht, die Bedeutung einer einheitlichen Beschreibungsmethode des Haarkleides der verschiedenen Säugetierordnungen in das rechte Licht zu rücken; er faßt alte Bestimmungsmethoden zusammen, bringt sie in ein System und gibt neue zweckentsprechende an.

Am unverletzten Tierkörper werden zunächst die Charakteristika der Gesamtbehaarung festgestellt:

1. $\text{Behaarungsindex} = \frac{\text{Haartragende Oberfläche} \times 100}{\text{Gesamtoberfläche}}$. Oberfläche gemessen durch die Papierbelegungsmethode.
2. Klassifikation des Gesamtbehaarungscharakters in Pelz, Wollhaarpelz, Fell (Länge, Dichte und Verteilung der Haarspezies). Aus der Haardichte-Anzahl pro 1 qcm ergibt sich die Unterscheidung
   a) Pelzhaardichte über 400
   b) Fellhaardichte über 50
   c) haararme Hauthaardichte unter . 50;
3. Besonderheiten (Quaste, Mähne, Borsten usw.);
4. Färbung;
5. Haarwechsel;
6. Geschlechtsverschiedenheiten;
7. Haarstrich, -ströme, Wirbel;
8. Verwandtschaftsbeziehungen zu Tieren derselben Ordnung und anderer Klassen.

Die Untersuchung einzelner Haare erfordert folgende Bestimmungen:

Digitized by Google

1. Zahl. Beschreibung der Haararten in ihrer Terminalform (Unnasches Beethaarstadium) am besten bei 3facher Lupenvergrößerung, ev. an Hautschnitten.
   α) Haare mit annähernd **geraden** Haarschäften.
   Flaumhaar (menschliches Embryonalhaar).
   Wimperhaare (größter Durchmesser in der Mitte, nach beiden Enden zugespitzt).
   Mähnenhaare (lange, zylindrische Haare mit zylindrischem Wurzelhals).
   β) **Mehrfach gekrümmte** Haare (kurzlebige).
   Wollige Haare (Krümmungsradius unter 30 μ, bedeutende Schuppengröße).
   Welliges Haar (Krümmungsradius über 30 μ, Spitze und Wurzelhals verjüngt).
   Grannenhaar (größtes Dickenwachstum nahe der Spitze, bis zum fein verjüngten Wurzelhals ständig an Dicke abnehmend).
   Lockiges Haar (Spiraldurchmesser < 1; rasches Wachstum).
   Spiralgekraustes Haar (Spiraldurchmesser > 1, vom Verfasser nur bei den melanodermen Menschenrassen beobachtet).
2. Längen- und Dickenmessung. $\text{Haarindex} = \frac{100 \times \text{kleinster Durchmesser}}{\text{größter Durchmesser}}$
   ev. mit Okularmikrometer und Zeißschem Kapillarrotator.
3. Gewicht der Haare; Streckengewicht = Gewicht von 1 cm Haarschaft. 1.10^{-6} g = $^1/_{1000}$ mg nennt Verfasser 1 Minigramm.
4. Histologische Befunde: Haarschuppung (Dunkelfeld-Beleuchtung); Haarrinde (nach Bleichung und ev. Luftverdrängung).
   Haarquerschnitte. Einziehen und Festkleben der Haare in der Mitte geteilter Holundermarkstäbchen. Mitte, Hals, Wurzel wird außen am Stäbchen gekennzeichnet. Einbetten in Zelloidin, dann Paraffin; Schneiden. Oder schneller: Schneiden des Holunderstäbchens ohne Einbettung. Aufkleben der Querschnitte auf schwarzes Papier. Beobachtung mit dem Vertikalilluminator im auffallenden Licht.
   Untersuchungen der Wurzeln im polarisierten Licht beweisen bei brauner Färbung beendetes Wachstum, sonst sind die Wurzeln blau, rot oder grün.
   Pigmentuntersuchungen am besten im Schnitt, nach Hämalaun- oder Lithionkarminfärbung.
   Haargefäßversorgungsstudien an den Köpfen größerer Tiere macht Verfasser durch natürliche Injektion, indem er die in Narkose sterbenden Tiere am Schwanz aufhängt; kleinere Tiere zentrifugiert er und fixiert die gewünschte Region in 10%iger Formalinlösung. Giemsalösung nach voraufgegangener Fixation in Trichloressigsäure + Uranylazetat-Mischung gibt nach Verfasser die besten Bilder zur Erkennung von Hämoglobin.
   Haarnervenversorgung wird nach Bielschowskyscher Methode oder der Vergoldungsmethode zweckmäßig studiert.
5. Haarstrich (nach Durchsichtigmachen der Häute mit Alcohol. abs. und darauffolgende Tränkung mit Karbolxylol).
6. Haardichte (Photogramm mit bekannter Vergrößerung von rasierten Fellen, nötigenfalls mit Einkopieren von Millimeterpapier).
7. Haarwachstum (Anbringung von Zeitmarken mittels konzentrierter alkoholischer Farblösungen).

Digitized by Google

8. Funktionsgröße eines Tierfelles.

Der Tierkadaver wird bis auf eine bestimmte Temperatur gleichmäßig erwärmt, dann mit einem vom After aus bis in die Herzgegend reichenden Thermometer in einen dauernd auf 0° gehaltenen Raum gebracht. Ein zweiter Versuch am rasierten Kadaver gemacht. Das Verhalten der Zeiten, die nötig sind, um bei Versuch I : II den Kadaver auf 0° abzukühlen, gibt ein Maß für den Wärmeschutz des Felles; dabei setzt Verfasser die Wärmekapazität des Kadavers gleich der des Wassers.

Eine zweite, exaktere Methode ist folgende: Ein Dewarsches Gefäß wird mit Eis, ein anderes mit schmelzendem essigsaurem Natron (konstante Temp. 37°) gefüllt und mit den gleichgroßen Gefäßmündungen mit ein und demselben zu untersuchenden Fellstück durch Gegeneinanderstellen verschlossen. Oberfläche des Verschlußfelles, Menge des geschmolzenen Eises und die gemessenen Zeiträume bei 2 Parallelversuchen mit rasiertem und unrasiertem Fell geben alle Daten zur Bestimmung des Wärmedurchganges in 1 Minute durch 1 qcm bei haarbedeckter, resp. haarloser Haut. G. W. Unna jr.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Verbindung zwischen Epidermis und Kutis, von Wilhelm Nonnenbruch-München. (Inaug.-Dissert., München, 1912.) Als wesentlichstes Resultat seiner Untersuchungen hebt Verfasser hervor: den Befund eines Synzytiums zwischen Ektoderm- und Mesodermzellen beim Säugetier, wie er bei Amphibien schon 1880 von Pfitzner gemacht wurde. Ausbildung von Fasern in diesem Synzytium und damit Erfüllung des Grundverlangens für einen Übergang von Epithel- in Bindegewebsfasern. In ähnlicher Weise wie bei der Haut wird es auch bei anderen Epithelien sein. Besonders dankbar müßten nach der Meinung des Verfassers Untersuchungen an Epithelien sein, wo keine Basalmembran die Klarheit der Verhältnisse stört.

Fritz Loeb-München.

Die Histogenese der Blutplättchen, von James Homer Wright. (Publ. of the Massachusetts gen. hospit., Bd. 3, Nr. 1). Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Physiologische Pigmentierung der Mundschleimhaut, von Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 11). Ein Algerier hat auf der Schleimhaut der Lippen, Wangen und des Gaumens große Pigmentflecke, ohne daß ein veranlassendes Leiden (Addison usw.) vorläge. Richard Frühwald-Leipzig.

Beobachtungen über Hauttemperaturen der Säuglinge, von A. Mendelsohn. (Inaug.-Dissert., Freiburg i. Br., 1911.) Der Verfasser hat bei seinen Versuchen graphische Darstellungen des Wärmeregulierungsvermögens beim Säugling gewonnen, aus denen hervorgeht, daß es bei sehr kleinen und schwächlichen Kindern sehr schlecht, noch völlig unzureichend ist. Diese Fähigkeit wird erst langsam während der ersten Lebensmonate erworben und kann bei schweren Krankheiten (z. B. Intoxikationen und Zuständen von Atrophie) wieder verloren gehen. Fritz Loeb-München.

Das „Ferngefühl" als Hautsinn unter Berücksichtigung neuer Versuche, von M. Kunz. (Internat. Arch. f. Schulhyg. Bd. 6, Nr. 3.) Die Fortsetzung seiner Versuche haben Kunz gelehrt (vgl. Internat. Arch. f. Schulhygiene, IV u. V, Experiment. Pädagogik, VII u. IX usw.), daß es sich beim „Ferngefühl" nur um Hautsinn handeln kann. Von einem „Fernsinn", „6ten Sinn", der Blinden kann nicht gesprochen werden. Schwere Infektionskrankheiten, vor allem Scharlach, scheinen immer mehr oder weniger Ferngefühl zurückzulassen. Auch allgemeine Nervosität, Hysterie und Neuralgie scheinen Fernfühligkeit zu erzeugen. Die Schalltheorie ist so gut wie aufgegeben. Ihre An-

Digitized by Google

hänger vermochten nicht die Orientation als Ganzes, bei welcher das Gehör die Hauptrolle spielt, von einem unwesentlichen Hilfsmittel derselben, dem Berngefühl, zu trennen.

Aus den früheren Untersuchungen der beteiligten Verfasser sei hier zitiert, daß sich das Berngefühl (Berngetast) nicht bei allen Blinden findet, dagegen oft bei Sehenden. Die Tragweite des Berngefühls hängt von den Erblindungsursachen ab, steigt mit der Wärmeempfindung. Schallwellen sind als Erreger des Berngefühls schon deshalb auszuschließen, weil auch Taubblinde Berngefühl haben, das von der Hörschärfe unabhängig ist. Musikalisches Gehör beeinflußt das Berngefühl auch nicht. Das Schalllokalisationsvermögen ist ebenso einflußlos. Vor dem Gesicht ist die Tragweite des Berngefühls am größten, im Nacken gleich Null. Nur bei hoher Temperatur und bei hoher Druckempfindlichkeit des Nackens sind Spuren von Berngefühl zu konstatieren. Die Tragweite des Berngefühls ändert sich nicht mit dem Stoff, hingegen mit der Größe der Objekte. Einpinselungen des Gesichts mit anästhetischen Mitteln setzten die Tragweite des Berngefühls sehr herunter. Auf Unnas Anregung wurde mit Menthollösung gepinselt, um zu entscheiden, ob das Berngefühl auf thermische Reize zurückzuführen sei. Seine Tragweite stieg aber nach wie vor mit der Saaltemperatur. Kodein- und Kokaineinpinselungen machten sofort ihre Wirkung geltend. „Schallwellen und Hörapparat leiden darunter wohl nicht." Einspritzungen von Kokain heben das Berngefühl größtenteils auf. Handelt es sich um den Temperatursinn allein oder um den Drucksinn, vielleicht unter Mitwirkung des Temperatursinnes, oder um eine Hautsensibilität für unbekannte Strahlung anderer Art? Eine Alleinherrschaft des ersteren wird vom Verfasser abgelehnt. Unna regte zu Mentholeinpinselungen an, auch zu dem Zweck, die Schweißsonderung zu vermehren, um die mutmaßliche Wirkung der Schweißabsonderung und vermehrte Verdunstung bei Auftrag in ihren Beziehungen zum Berngefühl zu studieren. Auch nach Kunz handelt es sich nur um Hautsinn. Immer wieder deckten sich Drucksinn mit Vorhandensein von Berngefühl u. a. Feinem Drucksinn entspricht Berngefühl, hartem Drucksinn kein Berngefühl; einseitiger Druckempfindlichkeit entsprach einseitiges Berngefühl, zuweilen auch Unsicherheit. Delbanco.

Beiträge zur Lehre von der Hautsensibilität, von Goldscheider. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 74, Hft. 3 u. 4.) Die protopathische Sensibilität von Head gehört nicht einem gesonderten Nervenleitungssystem an, sondern entspricht einer Entwickelungsstufe der Nerven, bei welcher die Funktion dieser eine unvollkommene Differenzierung und Ausbildung zeigt. Die Schwellenwerte sind hoch. Die spezifischen Sinnesempfindungen treten noch gegen die Gemeingefühle — Schmerz, Parästhesien, Dysästhesien — zurück, die Empfindungen sind abnorm stark, diffus und irradiierend. Mit der immer weitergehenden Neubildung von Nervenfasern, Anpassung an die adäquaten Reize und zunehmenden Differenzierungen der Empfindungen bilden sich die schärfere Lokalisation, die Begrenzung der Empfindungen, die Hemmungen aus. So kommt es zur epikritischen Sensibilität. Es handelt sich nicht um das Hinzutreten eines zweiten Leitungssystems, sondern um die numerische und funktionelle Ausgestaltung des bereits vorhandenen.

Trotz dieser Divergenz in der Deutung der Erscheinungen muß das Verdienst von Head, den Gang der Differenzierung der Empfindungen festgestellt und beschrieben zu haben, anerkannt werden. Seine Irrtümer auf dem Gebiete des Temperatursinns beweisen, daß man sehr exakt messen und zählen und dennoch falsch beobachten und in der Deutung irren kann. Schourp-Danzig.

Zur Physiologie des Kitzelgefühls, von Sternberg. (Fortschr. d. Med., 1911, Nr. 29.) Der Kitzel stellt das Gefühl dar, welches uns gewissermaßen die Überschreitung einer Grenze, der Schneide des Messers oder der Zunge der Wage, und das Ver-

Digitized by Google

lassen des physiologischen Nullpunktes warnend und mahnend meldet. Der Kitzel ist ein wahres Vorgefühl. Mit der einen Ausnahme der Kälteempfindung vermögen alle Qualitäten des Tastsinns gerade in geringster Intensität, Jucken zu erregen, wie sie in stärkerer Intensität Schmerzen verursachen. Die Kitzelempfindung kann auch durch hämatogene Reize hervorgerufen werden. Haas-Hamburg.

Mikroskopische Technik.

Eine einfache Schnellfärbungsmethode von Spirochäten, von Tohl Shmamine-Tokio. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 61, H. 4 u. 5.) Verfasser erklärt, seine Färbemethode führte auch dann zum Ziele, wenn die anderen im Stiche ließen, und ließe sich sogar bei geringem Material (wenigen Ausstrichen) noch nach Entfernung des Kanadabalsams oder Zedernöls anwenden, um nachträglich gutgefärbte Spirochätenpräparate zu erzielen. Die Methode ist folgende: 1) Fixieren des Ausstriches auf dem Deckgläschen (entweder vorsichtig in der Flamme oder besser in Methylalkohol); 2) 3—4 Tropfen von 1% iger Kalilaugelösung auf das Deckgläschen; 3) dann tropft man sofort, ohne abzuspülen, einige Tropfen der gewöhnlichen wässerigen Fuchsinlösung oder konzentrierter, wässeriger Kristallviolettlösung auf; 4) Stehenlassen ca. 3 Minuten. Während dieser Zeit trübt sich zunächst die Farbe allmählich und man sieht in der Flüssigkeit feine Niederschläge; schließlich entfärbt sich die Flüssigkeit; 5) Abwaschen mit Wasser, Trocknen mit Fließpapier; Kanadabalsam, Auflegen auf den Objektträger. Statt 1% ige Kalilaugelösung kann man auch 4—5% ige Natriumkarbonatlösung und dann statt der Fuchsin-konzentrierte wässerige Kristallviolettlösung anwenden. Worauf dieser Färbeprozeß beruht, kann Verfasser zurzeit noch nicht angeben, ist aber damit beschäftigt, den Chemismus dieser Färbung zu studieren. Stern-München.

Eine Schnellfärbungsmethode der Spirochaeta pallida im Gewebe, von Nakano-Tokio. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Die Methode des Verfassers stellt im wesentlichen eine verkürzte Levaditische Methode dar und unterscheidet sich von dieser dadurch, daß er die zu behandelnden Gewebsstücke in einer Temperatur von 50° für einige Stunden stehen und er den Reduktionsprozeß auch im Brutschrank vor sich gehen läßt. Der Vorteil der Methode ist der, daß man, wenn man frühmorgens die Untersuchung beginnt, am nächsten Abend das Vorhandensein der Spirochäte festgestellt haben kann. Kobligk-Dresden.

Der relative Wert von einigen Methoden zum mikroskopischen Nachweis der Spirochaeta pallida, von M. Phillips und E. G. Glynn-Liverpool. (Brit. med. Journ., 11. Nov. 1911.) Bei 50 Fällen von Syphilis haben Verfasser die verschiedenen Arten der Untersuchung auf Spirochaeta pallida ausprobiert. Aus ihren ausführlich dargelegten Beobachtungsreihen ersieht man, daß sie mit dem Dunkelfeld die besten Resultate erzielten. Sehr nützlich erwies sich ihnen das Betupfen der vorher gereinigten und mit Watte abgeriebenen Primärsyphilide resp. der Plaques muquenses und Kondylome mit Methylalkohol. Man drückte zwei- bis dreimal einen mit Methylalkohol getränkten Wattebausch auf die betreffende Läsion und trocknete nach einer bis zwei Minuten ab, worauf sehr schnell das Austreten von klarem Serum einsetzte.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bakteriologie.

Über Spirochäten und Spirochätosen der oberen Luft- und Verdauungswege, von Gerber-Königsberg. (Virchows Arch., Bd. 207, Heft 1.) In der Mundrachenhöhle gibt es eine Reihe von membranös-ulzerösen Affektionen, welche durch Spirochäten und

Digitized by Google

fusiforme Bazillen veranlaßt werden, indem diese an bestimmten Stellen saprophytisch existierenden Mikroorganismen, durch allgemeine Ernährungsstörungen oder lokale Gewebsalterationen veranlaßt, sich vermehren und pathogen werden; diese Affektionen, diese Spirochätosen reagieren auf Salvarsan. Die Plaut-Vincentsche Angina ist nur ein Glied in einer Kette analoger Erkrankungen an anderen Stellen.

Schourp-Danzig.

Nachweis der Spirochaeta pallida nach der Methode von Hecht, von J. Nicolas und L. Charlet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 10.) Demonstration von Tuschepräparaten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Eine Methode zur Reinzüchtung der Syphilisspirochäte, von H. Sowade. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 17.) Verfasser glückte es, Reinkulturen auf erstarrtem Pferdeserum zu erhalten, indem er die Mischkulturen oben mit 70% Alkohol zehn Minuten lang überschichtet und diesen darauf durch Paraffinöl ersetzt. Nach zehn Tagen schneidet er das Nährröhrchen unterhalb der Stelle, wo das Ausgangsmaterial lag, durch und verarbeitet das untere Material weiter.

Als Ausgangsmaterial dient zerquetschtes Kondylom. Werther-Dresden.

Diagnose der Trypanosomen durch das Anheftungsphänomen, von C. Levaditi und S. Muttermilch-Paris. (Compt. rend. soc. de biol., Bd. 60, S. 635.) Die Verfasser hatten früher gezeigt, daß Trypanosomen unter dem Einfluß eines bei 56° inaktivierten trypanoziden Serums die Eigenschaft gewinnen, sich an Leukozyten verschiedener Herkunft anzuheften. In den vorliegenden Experimenten haben die Verfasser mit Erfolg versucht, dieses Phänomen für die Diagnostik der Trypanosomen dienstbar zu machen. Unter Wahrung bestimmter im Originale genauer angegebener Versuchsanordnung ließ sich zeigen, daß sich das genannte Phänomen tatsächlich für die Diagnose verwenden läßt, und zwar gleichgültig, ob frische oder abgetötete Leukozyten verwendet werden. Bei Verwendung des Blutes trypanosomeninfizierter Tiere ließen sich in Übereinstimmung mit entsprechenden Kontrollversuchen die verschiedenen Trypanosomenstämme absolut identifizieren. Die beschriebene Methode hat vor der Diagnostik mit Hilfe der Präventivwirkung des trypanoziden Serums und der Trypanolyse in vitro den Vorteil, daß sie ausgeführt werden kann, ohne Tiermaterial oder frische bzw. reaktivierte Sera zu erfordern. Graetz-Hamburg.

Ein aus dem Urogenitaltraktus gewonnener Diplokokkus, von L. S. Dudgeon und P. N. Panton-London. (Lancet, 16. Dez. 1911.) Der von Verfassern im Urin und auch im Sekret der Scheide und des Uterus nachgewiesene Organismus hat morphologisch große Ähnlichkeit mit dem Pneumokokkus und ist auch, wie sie konstatieren, in der Tat gelegentlich mit diesem verwechselt worden. Kulturell bietet er aber erhebliche Abweichungen davon dar, sowie namentlich auch in bezug auf die Pathogenität. In vielen Fällen zeigten die damit behafteten Individuen, Frauen und Kinder, weit seltener Männer, überhaupt keine darauf zurückzuführende Störungen; gelegentlich schien der Diplokokkus reizend und eitererregend zu wirken. Die Tierexperimente fielen im wesentlichen negativ aus. Auf Serumagar wuchsen stecknadelspitzengroße Kolonien aus, desgleichen auf Hisschem Seruminulin und anderen Nährmitteln.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Reinkultur der schwarzen Varietät von Myzetoma, von G. C. Chatteryel-Kalkutta. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 61, Heft 4/5.) Das vom Verfasser benutzte Material stammt von einem Fall von Myzetoma (Madurafuß), das in etwa Orangengröße auf der Plantarfläche des Fußes saß, über dessen Verlauf usw. aber keine näheren Angaben gemacht werden. Es gelang ihm auf all den benutzten Nährböden (Bouillon, Sabourauds Mittel, Gelatine) das Wachstum der Pilzkolonien zu verfolgen, die überall

Digitized by Google

in der gleichen Weise sich entwickelten. Die flachen schwarzen Fäden, die man in den Gewebsschnitten und auch in Ausstrichpräparaten (aus den Körnchen) fand, sind in keiner Weise von jenen, die man in den (alten schwarzen) Reinkulturen findet, verschieden. Die speziellen kulturellen Eigenschaften des Fungus (Anliegen an der Wand des Reagenzglases und bei Luftzutritt pechschwarze Verfärbung) differenzieren denselben von irgend welchen saprophytischen Pilzen, welche gewöhnlich in der Luft vorhanden sind. Die Stellung dieses Pilzes in der Hyphomyzeten-Klasse steht nach diesen Befunden für Ch. fest, ebenso, daß es einen vom weißen Myzetoma verschiedenen Fungus gibt. Weitere Untersuchungen müssen noch darüber aufklären, ob in allen Fällen von melanotischem Madurafuß der gleiche Pilz gefunden wird. Stern-München.

Die verschiedene Giftigkeit des Schimmels nach den Jahreszeiten, von Carlo Ceni. (Rivista pellagrol. ital., 1911, S. 51.) Replik.

Richard Frühwald-Leipzig.

Eine Demonstration von Präparaten mit Bezug auf die Kultur des Leprabazillus, von H. Bayon-London. (Brit med. Journ., 11. Nov. 1911.) Diese Demonstration fand statt bei Gelegenheit der Zusammenkunft der British medical Association (1911) in Birmingham. Verfasser bespricht nicht nur seine eigenen Kulturversuche, sondern auch die diesbezüglichen Beobachtungen anderer Forscher. Als bestes Nährmedium bewährte sich ihm ein Plazentaextrakt mit Agar oder auch Pferdeserum-Nutrose-Agar mit einem Zusatz von (2 %) zerriebenen Smegmabazillen. Neben den säurefesten Bakterien ergaben die Züchtungsversuche auch vielfach nicht-säure-feste diphtheroide Bazillen, welche bei Übertragung auf Mäuse und Ratten Säurefestigkeit akquirierten. Verfasser bespricht auch die Möglichkeit, daß Lepra vom Menschen auf niedere Tiere, wie Ratten, übertragen werde, und daß von diesen wiederum in sonst leprafreien Gegenden das Virus unbegrenzte Zeit hindurch beherbergt und fortgepflanzt und schließlich doch wieder auf Menschen übertragen werde.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Studien über die Infektionserreger des Ulcus molle, von Y. Kamimura. (Mitt. d. med. Ges. zu Osaka, Bd. 10, Heft 6.) Verfasser konnte auf Eidotteragar den Streptobazillus isolieren. Es bilden sich nach 24 Stunden bei 37° tautröpfchenartige, rötlichbraune Erhebungen. Mit dem Wachstum der Kultur nimmt auch die charakteristische Farbe zu und es bildet sich im Zentrum ein brauner Kern. Mit den gezüchteten Bazillen konnten beim Menschen typische venerische Geschwüre hervorgebracht werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Reaktion der Kultur des Bacillus ulceris mollis gegen die verschiedenen Zuckerarten, von Yukiaki Kamimura und Kumezō Abe. (Quelle nicht angegeben.) Die Verfasser untersuchten das Verhalten des Streptobazillus gegen die verschiedenen Zuckernährböden und fanden, daß er Dextroselakmusagar deutlich rot, Laktoselakmusagar schwach rot färbt, den Maltoselakmusagar unverändert läßt und den Mannitlakmusagar teils rötet, teils unverändert läßt. Sie glauben daher, daß man durch den letzteren zwei verschiedene Typen des Bazillus unterscheiden kann.

Richard Frühwald-Leipzig.

Hygiene.

Geschlechtskrankheiten, von E. Jeanselme. (Traité d'Hyg., 1910.) In den von Chantemesse und Mosny herausgegebenen „Abhandlungen über Hygiene" bespricht J. die Geschlechtskrankheiten vom sozialen Standpunkte aus. Der Aufsatz trennt sich in zwei Teile. Der erste bringt die Besprechung der hygienisch wichtigen Fragen der drei

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten: Ätiologie, Infektionsmodus und -möglichkeiten, Inkubation, Infektiosität usw. Der größte Raum verbleibt für die Prophylaxe. Dieser Abschnitt ist eingehend und übersichtlich behandelt. Im zweiten Teile folgt die Untersuchung des Verhältnisses der Geschlechtskrankheiten zum Gemeinwesen. Ausbreitung der venerischen Erkrankungen, ihre Bedeutung für die Bevölkerung finden hier ihre Abhandlung, sowie die zu ihrer Bekämpfung ergriffenen administrativen Maßnahmen (Reglementierung, Abolitionismus). Besonders erwähnt ist die Rolle der Minderjährigen bei Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, eine Frage, die in Frankreich momentan aktuell ist.

Den Schluß bilden die neuesten von den Kammern angenommenen und vorgeschlagenen Gesetze zur Bekämpfung der venerischen Gefahr.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Karl Zieler-Würzburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.) Die Arbeit enthält im wesentlichen nichts Neues. Unter persönlicher Prophylaxe versteht Verf. die Desinfektio ante et post coitem. Erwähnenswert ist nur, daß Siebert festgestellt hat, daß Brei aus Organen syphilitischer Tiere nicht mehr infektiös war, wenn er nur für kurze Zeit mit wenig konzentrierten Sublimatkochsalzlösungen in Berührung gewesen war. S. hat eine dementsprechende Salbe hergestellt, die nach seinen Versuchen wirksamer ist, als die Metschnikoffsche Salbe. Name der Salbe: Neisser-Siebertsche Salbe. Bezugsquelle: Chem. Fabrik Dr. Byk-Charlottenburg. Kobligk-Dresden.

Venerische Erkrankung in der Gegenwart und in der Zukunft, von D. White und C. H. Melville. (Lancet, 9. und 16. Dez. 1911.) Diese Arbeit behandelt den Gegenstand von soziologischen Gesichtspunkten aus, wobei Verfasser sich als entschiedene Gegner der Reglementierung der Prostituierten aussprechen. An Stelle derselben fordern sie die Bereitstellung von staatlichen Mitteln, um Hospitäler und Polikliniken zu gründen, in denen solchen Patienten unter Wahrung vollster Diskretion eine in jeder Beziehung sachgemäße Behandlung leicht zugängig gemacht werden soll. Außerdem verlangen sie als ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Beurteilung der Wirksamkeit der angewandten Behandlung, sowohl im allgemeinen wie in spezieller Hinsicht, die obligate Anmeldung aller beobachteten Fälle, ohne Namensnennung und ohne Benachteiligung der betreffenden Individuen, wie dies bereits in einigen Plätzen eingeführt ist. Außerdem sind Maßregeln gegen das Treiben der Kurpfuscher energisch zu verlangen. Sie konstatieren mit Befriedigung, daß der Prozentsatz der syphilitischen Patienten in der britischen Armee zurzeit nur ein Siebtel von dem des Jahres 1894 beträgt, und sie führen dies zurück auf die Verbesserung der äußeren Lebensumstände der Soldaten und namentlich auf die Verminderung des Alkoholismus unter ihnen.

Außerdem ist aber auch die systematische Durchführung der nötigen Behandlung in den letzten Jahren wesentlich verbessert worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sexualpädagogik an den höheren Knabenschulen, von Julius Lohmann-Schondorf. (Klin.-ther. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Neben Aufklärung der Eltern ist das sexuelle Leben der Jugend durch wissenschaftliche und praktische Beobachtung mit Hinzunahme der eigenen Vergangenheit zu erforschen und die Resultate sind in gemeinsamer Arbeit der Ärzte und Lehrer zusammenzutragen und zu verwerten.

Schourp-Danzig.

Geschlechtskrankheiten und deren Beziehung zur Kindersterblichkeit und Rasseverschlechterung, von Prince A. Morrow-New York. (New York med. Journ., 30. Dez. 1911.) M. glaubt, das Publikum würde, wenn genügend aufgeklärt, daß viele Krankheiten, Entartungen und ein großer Teil der Kindersterblichkeit auf ererbten Anlagen beruhen, von selbst verlangen, daß gewisse Individuen, deren Abkömmlinge zu

Digitized by Google

derartiger Rasseverschlechterung führen, von Eheschließung und Kindererzeugung gesetzlich auszuschließen seien. Ein Anfang in dieser Beziehung ist bereits im Staate Indiana gemacht, wo alle Schwerverbrecher steril gemacht werden. Was nun den Einfluß der beiden wichtigsten Geschlechtskrankheiten, Blennorrhöe und Syphilis, betrifft, so ist bekannt, wie erstere in hohem Grade Unfruchtbarkeit beim männlichen wie weiblichen Geschlechte hervorruft; die Statistik lehrt, daß ca. 50 % der blennorrhoischen Frauen unwiderbringlich steril sind, andererseits 17—25 % aller kinderlosen Ehen auf Unfruchtbarkeit der Männer zurückzuführen sind. Auch die „Einkinder"-Ehen beruhten in vielen Fällen auf blennorrhoischer Infektion. Während die Gonokokkeninfektion durch Vererbung sich nicht fortpflanzt, ist ihre große Gefahr für die Nachkommenschaft bekannt: volle 80 % der Blindheit Neugeborener und 25 % dauernder Erblindung ist durch den Gonokokkus bedingt, und eine andere schwere Gefahr ist die Vulvovaginitis kleiner Mädchen, die so schwer zu heilen ist. Syphilis ist die einzige Krankheit, welche auf die Nachkommenschaft in voller Virulenz übergeht und auf dieselbe unmittelbar tödlich wirkt oder sie in ihrer normalen Entwicklung behindert. Wenn der Vater allein affiziert ist, beträgt die Mortalität etwa 38 %, wird die Mutter auch infiziert, so steigt sie auf 60—80 %; ein volles Drittel aller infizierten Kinder stirbt innerhalb 6 Monate. Der Einfluß ererbter Syphilis gibt sich nicht nur in fehlerhaftem Organismus, in mangelhafter Lebensfähigkeit, sondern auch in verminderter Widerstandskraft gegenüber anderen Krankheitskeimen; so gibt Bennie aus einer 25jährigen Erfahrung am Melburn-Kinderspital an, daß 30 % der Gesamtsterblichkeit der Kinder direkt durch Syphilis bewirkt war und in weiteren 10 % der Sterblichkeit dieselbe mit Syphilis zusammenhänge. Die Möglichkeit, Typhus zu akquirieren, ist für ein syphilitisches Kind $2^1/_2$, Scharlach zu akquirieren $3^1/_2$, Diphtherie nahezu 7 mal größer als für ein nichtsyphilitisches. Syphilis verringert nicht nur die allgemein konstitutionelle, sondern auch die lokale Widerstandskraft: 30 % der Kinder mit tuberkulöser Hüftgelenksaffektion waren kongenital syphilitisch, bei tuberkulöser Meningitis der Prozentsatz 60 (der syphilitischen Kinder). Selbst wenn die Hereditär-Syphilitischen den Gefahren der Kinderkrankheiten glücklich entronnen sind — die Möglichkeit, das Alter von 15 Jahren zu erreichen, ist bei syphilitischen 7 mal geringer wie bei nichtsyphilitischen Kindern —, so sind sie noch verschiedenen organischen Defekten oder Degenerations-Stigmata unterworfen, welche speziell in der zweiten Dentitionsperiode, zur Zeit der Pubertät oder auch später, sich ausbilden und zur Kategorie der Spätsymptome ererbter Syphilis gehören. Eine schließliche Folge der Erbsyphilis ist die Unfähigkeit, gesunde Kinder zu erzeugen: wenn die mit Erbsyphilis Behafteten heiraten, so sind sie der Gefahr ausgesetzt, dieselbe Art organischer Fehler auf die dritte Generation zu übertragen. Stern-München.

Die Aufhebung der Reglementierung in Schweden und die Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Anna Pappritz. (Abolitionist, 1912, Nr. 4.) Bericht und Vorschläge des schwedischen Komitees für die Regierung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Wirkungen des abolitionistischen Prinzips in Dänemark und Norwegen. (Abolitionist, 1912, Nr. 2.) Wiedergabe der statistischen Tafeln von der Dresdener Hygieneausstellung, die zeigen, daß in den beiden genannten Ländern, wo die Reglementierung aufgehoben ist, die Zu- und Abnahme der Geschlechtskrankheiten nicht von der polizeilichen Überwachung der Prostituierten abhängig ist.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig nach der Erhebung vom 1. Februar bis 31. Juli 1909, bearbeitet von G. Schultz und Sternthal-Braunschweig. (Sonderabdruck aus den Beiträgen zur Statistik des Herzogtums Braunschweig,

Digitized by Google

Heft 25.) In fast allen Klassen der Bevölkerung des Herzogtums haben die Geschlechtskrankheiten eine bedenkliche Verbreitung. Sie treten in der Großstadt Braunschweig am meisten auf und sind auf dem Lande der Zahl nach am geringsten. Auf dem Lande ist die Syphilis ebenso häufig als die Blennorrhöe.

Bei dem männlichen Geschlechte überwiegt im Verhältnis der Krankheiten zueinander die Blennorrhöe, bei dem weiblichen die Syphilis. Letztere tritt in größerem Umfange in späteren Lebensjahren auf als die Blennorrhöe. — Der Prozentsatz der verheirateten Geschlechtskranken ist erheblich. Einen wesentlichen Anteil an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat die Prostitution. Schourp-Danzig.

Die Prostitution während der Weltausstellung in Turin, von Rohleder-Leipzig. (Reichs-Med.-Anzeiger, 1911, Nov.-Dez.) Der bekannte Sexualforscher schildert in feuilletonistischer Weise den Eindruck, den das Prostitutionswesen in Turin zur Ausstellungszeit auf ihn gemacht hat. Das hier bei weitem im Vordergrund stehende Element war das italienische, während das französische und das deutsche kaum nennenswert war. Die Prostituierten Turins zeigen eine relative Luxusentfaltung, überladen mit allerhand unechten Schmucksachen, im übrigen mit den dieser Gesellschaft entsprechenden Manieren. Im Gegensatz zu ihrer französisch-belgischen Kollegin ist die Italienerin mehr plump, grob auf ihr Ziel zuschreitend. Für sie ist Gelderwerb, und zwar möglichst schneller, die Hauptsache: Mit einem kurzen Vuole venir meco oder dgl. Redensarten tritt sie an den Fremden heran, und reagiert er nicht sofort, gibt sie es auf. Neben der feineren Prostitution gibt es auch eine Prostitution niedrigster Art, mehr Geheim- als Berufsprostitution, die des Tags über einen Nebenerwerb, aber infolge der schlechten Bezahlung sich der Prostitution ergeben. Was das Alter anlangt, so sieht man bereits 14—18jährige Prostituierte. Bei der Turiner Ausstellung sah man die Prostitution im allgemeinen wenig auf der Ausstellung selbst, weil hier Vergnügungsetablissements fehlten; der Prostituiertenstrich war meistens in der Hauptstraße. Im Vergleich zu den anderen vom Verfasser besuchten Ausstellungen, wie Brüssel, Paris usw., trat hier in Turin die Menge der Prostituierten erheblich zurück, so daß nach dem Resümee die Turiner Weltausstellung nicht zu einem derartigen Seuchenherde für sexuelle Erkrankungen wurde, wie die Ausstellungen in Brüssel, Lüttich und Paris. Chrzelitzer-Posen.

Die Sterilisierung der Haut des Patienten vor einer Operation, von Alexander Don-Dundee. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 96, Heft 1.) D. streicht die Operationsfläche mit einem Enthaarungsmittel ein, das sich zusammensetzt aus: 1. Sodasulfid. cryst. 15%, 2. Kalziummonoxyd aus purem Marmor 40%, 3. pulveris. Kaltwasserstärke 45%. Das Mittel entfernt alle Unreinlichkeiten und vernichtet alle Bakterien der Haut; es ist leicht anzuwenden und wirkt schnell. Die Sterilisierung ist in fünf Minuten erreicht und wird vollständig unter den Augen des Operateurs selbst ausgeführt.

Schourp-Danzig.

Über den Wert der Jodtinktur als Desinfektionsmittel der Haut, von Y. Noguchi-Japan. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 96, Heft 6.) Die Desinfektion der Haut, des Operationsfeldes mit Jodtinktur nach Grossich ist nicht nur vom klinischen, sondern auch vom bakteriologischen Standpunkte aus sehr zu empfehlen. Die Methode übertrifft im bakteriologischen Experimente die bisherigen Desinfektionsverfahren. Zwei Minuten nach dem einmaligen Jodanstrich, nach Eintrocknen der Jodtinktur, kann man mit der Operation beginnen. Der zweite Jodtinkturanstrich ist nicht unbedingt nötig, da er die Zahl der nach dem ersten Anstrich noch zurückgebliebenen Keime nur wenig vermindert. Wichtiger ist es, den ersten Anstrich recht energisch vorzunehmen. Völlige Keimfreiheit der Haut wird auch mit der Grossichschen Methode nicht erzielt.

Digitized by Google

Für die Hände der Operierenden ist die Methode nicht geeignet; gleichfalls nicht für die Operation des Morbus Basedow wegen der Gefahr der Jodintoxikation.

Die dem Jodtinkturanstrich voraufgehende Waschung der Haut mit Wasser und Seife, feuchtes Rasieren schadet nicht, wenn die Haut vor dem Jodanstriche wieder trocken wird. Schourp-Danzig.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Betrachtungen über die Ätiologie der Hautkrankheiten, von F. Finger. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 1, 1912.) Zusammenfassung und Besprechung einer Reihe neuer Errungenschaften bezüglich der Kenntnis der Beziehungen innerer Erkrankungen, Stoffwechselstörungen u. dgl., zu Exanthemen der Haut. W. Lehmann-Stettin.

Diathesen in der Dermatologie, von Bloch-Basel. (Verh. des 28. Dtsch. Kongr. f. inn. Med. 1911.) Diese Übersicht, die nur einige wichtige Momente berührt, lehrt nur, daß die Bedingungen, die wir an die Annahme einer „diathetischen Dermatose" knüpfen, prinzipiell in einer ganzen Reihe von Fällen verwirklicht sind. Der genetische Zusammenhang und die Kombination der Hautveränderungen mit einer allgemeinen Stoffwechselstörung und mit krankhaften Zuständen an anderen Organen, die Entstehung und das Manifestwerden der Dermatose als Resultat des Zusammentreffens eines exogenen oder endogenen akzidentellen Reizes mit der allergisch reagierenden Haut, all die Momente also, die zur Konzeption von Diathesen resp. von diathetischen Hautkrankheiten geführt haben, beherrschen die Pathogenese einer großen Zahl von Dermatosen.

Haas-Hamburg.

Die kutanen diathetischen Reaktionen beim Säugling, von Olga v. Bergmann-Rosoff. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Beziehungen zwischen natürlicher Immunität und spezifischen Serumstoffen, von G. Seiffert-Bremen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Im Serum finden sich Stoffe thermostabiler Natur, die auf Bakterien spezifische, wachstumsbeeinflussende Wirkungen ausüben. Diese Serumkörper stehen, wie Versuche bei einer größeren Zahl von Infektionskrankheiten ergaben, in Beziehungen zur natürlichen Immunität der Art und des Individuums. Diese Beziehungen können aber nicht für alle Krankheiten in ein einseitiges Schema gebracht werden. Es hat sich gezeigt, daß für zwei Gruppen von Krankheiten ein entgegengesetztes Verhalten zwischen Serumstruktur und Empfänglichkeit angenommen werden muß. Bei den Krankheiten, deren Erreger leicht Endotoxine bilden können, z. B. Typhus, ist Bakterizidie oder Entwicklungshemmung des inaktiven Serums ein Ausdruck für Empfänglichkeit, ungehemmtes Wachstum im inaktiven Serum ein Ausdruck der Immunität. Bei Infektionen, die septikämischer Natur sind und bei denen die Bakterien zu schrankenloser Vermehrung im Innern der infizierten Individuen kommen können, z. B. Milzbrand, spricht ungehemmtes Wachstum im inaktiven Serum für Empfänglichkeit, Bakterizidie oder Hemmung des inaktivierten Serums für völlige oder relative Immunität seines Besitzers. Nach den Befunden bei Diphtherie kann angenommen, aber nicht als bewiesen hingestellt werden, daß den Toxikosen ein besonderes Verhalten zukommt. Der Diphtheriebazillus wächst ohne Unterschied in allen inaktiven Seren. Albert Kunst-Dresden.

Goulstonsche Vorlesungen über moderne Anschauungen betreffs der Bedeutung von Hautausschlägen, von H. G. Adamson-London. (Lancet, 1912, 6., 13. u. 20. April.) Verglichen mit den Zeiten Hebras und Willans zeichnen sich die Bestrebungen der modernen Dermatologie durch eine weit intensivere Berücksichtigung der den verschiedenen Hautläsionen zugrunde liegenden ätiologischen Faktoren aus, und

Digitized by Google

A. gibt dementsprechend in diesen drei Vorlesungen im allgemeinen eine Darlegung unserer Kenntnisse von den in Betracht kommenden Agenzien und der Art und Weise, wie dieselben infolge ihres Einflusses die krankhaften Veränderungen an der Haut sich entwickeln. Naturgemäß wird dem Einfluß der Mikrobien und der Toxine eine eingehende Besprechung gewidmet, sowie den Erscheinungen der Immunität und der Anaphylaxie; des weiteren dann wird auf die Bedeutung des Nervensystems im allgemeinen und im speziellen eingegangen und die Bedeutung der anatomischen Verhältnisse des Blut- und Lymphgefäßsystems gewürdigt. Die mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit enthält neben einer klaren Darlegung der wichtigsten neueren Erklärungen und Spekulationen auch viele bemerkenswerte exakte Ergebnisse der klinischen, anatomischen und sonstigen Beobachtung; doch kann im Referate nicht genauer darauf eingegangen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Vortrag über Hautausschläge bei Kindern, von J. L. Bunch-London. (Brit. med. Journ., 30. März 1912.) Enthält nichts Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur klinischen und experimentellen Kenntnis der Hautreaktionen bei infektiösen Krankheiten, von L. A. Bruyant. (Inaug.-Dissert., Lille 1910, Nr. 8.) Fritz Loeb-München.

Starke faradische Hautreizung als bedingter Erreger der Speicheldrüsenarbeit bei Hunden, von Marie Jerofajewa. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 7.) Wenn man bei Hunden durch Nahrungsmittel eine Geschmacksreizung der Speicheldrüsen vornimmt und gleichzeitig einen faradischen Hautreiz ausübt, wird letzterer nicht zerstreut, sondern er bildet mit dem ersten Reizungsherd einen bedingten Reflex. Dieser äußert sich in Steigerung der Speichelsekretion; dabei wird aber die anfängliche Schutzreaktion bei schmerzhaften Strömen allmählich unterdrückt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über den zerstörenden Einfluß der Radiumemanation auf die Haut, von P. G. Mesernitzky-St. Petersburg-Paris. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Daß die Radiumemanation in ähnlicher Weise wie das Radiumsalz recht ausgesprochene Schädigungen der Haut hervorrufen kann, hat Verfasser im Institut Curie an sich selbst sowie an zwei anderen Herren dort konstatiert. Allerdings handelte es sich um Wirkungen, die von nicht alltäglichen Quantitäten von Emanation ausgingen. Bei dem am schwersten betroffenen Patienten kam es sogar zu Eiterbildung an den affizierten Fingern, und bei dem zweiten Patienten, der trotz der Störung seine Tätigkeit im Laboratorium nicht aussetzte, war der Prozeß nach drei Monaten noch nicht völlig abgelaufen. Als die ersten Symptome einer Schädigung sind brennende und stechende Schmerzen, die etwa 12—14 Tage nach der Einwirkung sich einstellen, zu bemerken; es folgt hierauf Rötung und auch bläuliche Verfärbung der Haut, Schwellungen der Teile und Ablösung der Epidermis. In diesen drei Fällen handelte es sich jedenfalls um Wirkungen der β- und γ-Strahlen, da die α-Strahlen durch die Wandung der Glasröhrchen zurückgehalten worden waren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ist die Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe als echte Anaphylaxie aufzufassen? von K. Zieler-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.) Die von Bruck und von Klausner vertretene Auffassung der Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe als eine Eiweißanaphylaxie teilt Z. nicht, und er erkennt die von diesen Forschern zu diesem Kapitel ausgeführten Experimente nicht als beweiskräftig an. Er berichtet über Versuche, welche er mit dem Serum von Patienten, die mit verschiedenen Idiosynkrasien behaftet waren, in größerem Umfang ausgeführt hat. Es handelte sich einmal dabei um einen Patienten, der auf Genuß von Absinth sehr präzis mit Urtikaria reagierte, ferner um je einen Fall von Idiosynkrasie gegen Fibrolysin, gegen Jod und gegen Anti-

Digitized by Google

pyrin. Aus den an Meerschweinchen ausgeführten und detailliert geschilderten Untersuchungen ist zu folgern, daß die mit dem Serum der Patienten vorbehandelten Tiere sich den Arzneistoffen gegenüber durchaus nicht wesentlich anders verhielten als die anderen, nicht vorbehandelten. Es werden also weitere Studien zur Klärung dieser interessanten Frage nötig sein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Übergang von Arzneimitteln in den Schweiß, von H. Tachau-Frankfurt a. M. (Arch. f. exper. Pathol. etc., 1911, Bd. 66, Heft 5 u. 6.) Verfasser hat in dem durch elektrische Lichtbäder erhaltenen Schweiße von Patienten, denen die entsprechenden Arzneimittel verabreicht worden waren, Jod, Brom, Bor, Phenol, Salizylsäure, Salol, Antipyrin und Methylenblau nachgewiesen, während der Nachweis von Arsen, Eisen, Benzoesäure, Hippursäure, Antifebrin, Chinin, Chrysophansäure und Phenolphthalein nicht gelang. Von Bedeutung sind jedoch nur die positiven Resultate, während die negativen wegen der kleinen Dosen, die gegeben wurden, keine absolute Gültigkeit haben. Bemerkenswert ist, daß die im Schweiße nachweisbaren Stoffe nach früheren Untersuchungen Schwenkenbechers teils auch von außen leicht durch die Haut hindurchtreten. Die Mengen der Arzneimittel, die bei den Versuchen durch die Haut ausgeschieden wurden, waren stets sehr klein. Die Arzneimittelexantheme nach den Medikamenten, deren Ausscheidung durch die Haut nachgewiesen ist, möchte Verfasser durch direkte chemische Reizung der Haut durch das hindurchtretende Medikament erklären. Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Prof. Dr. Victor Janovský in Prag wurde Titel und Charakter eines Hofrates verliehen.

Neben den von der **Berliner Dozenten-Vereinigung** vom 3.—30. Oktober veranstalteten **Ferienkursen** findet auch ein Kurs über Herzkrankheiten statt, in welchem über Herz und Syphilis Priv.-Doz. Dr. Arndt sprechen wird (2. Okt.), ferner Prof. Blumenthal über experimentelle Grundlagen der Quecksilbertherapie (18. Okt.), San.-Rat Dr. Wechselmann über Salvarsanbehandlung (22. Okt.) und Prof. Tomaszewski über Abortivbehandlung des Trippers (24. Okt.). — Auskünfte erteilt Hr. Melzer, Ziegelstr. 10/11.

J. Neuberger †. Am 7. August 1912 ist in Berchtesgaden Dr. Josef Neuberger, Oberarzt der Hautabteilung des städtischen Krankenhauses in Nürnberg, im Alter von 47 Jahren einem Herzschlage erlegen. Mit ihm ist den deutschen Ärzten einer der bewährtesten Führer in den Standeskämpfen unserer Zeit entrissen worden, unserer Fachwissenschaft ein Forscher, dem sie vielfache wertvolle Beiträge zu verdanken hat. Seine zum Teil auch in dieser Zeitschrift erschienenen Veröffentlichungen betreffen die verschiedensten Gebiete unseres Faches. Mit ganz besonderer Liebe hat er sich fort und fort zwei Themen zugewendet: der Lehre vom Lichen ruber planus und zytologischen Untersuchungen der gonorrhoischen Sekrete. Nun ist er von uns gegangen, lange vor der Zeit, und die Fachgenossen werden dem wissenschaftlich hochstehenden Kollegen, dem energischen, zuverlässigen Charakter, dem prächtigen Menschen ein ehrendes Andenken bewahren. Epstein-Nürnberg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Oktober 1912 | Nr. 40 | Band 55

In ihrem Inneren eine Talgdrüse enthaltende Haare des Kinnes.

Von

Prof. Sebastiano Giovannini,

Direktor der dermatologischen und venereologischen Universitätsklinik in Turin.

(Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 1 Tafel.)

Ich habe mich in einer früheren Arbeit (6) mit einer gewissen Anzahl von Haaren mit zusammengesetzter Papille beschäftigt, welche besonders durch das Vorhandensein mehrerer innerer Zonen oder Markzonen charakterisiert waren, und später in einer vorläufigen Mitteilung (7) mehrere weitere Haare erwähnt, welche neue Anomalien verschiedener Art aufwiesen. Ich will nun in gegenwärtiger Arbeit acht dieser letzteren Haare ausführlich und genau beschreiben, welche, neben anderen Abnormitäten, die Sonderbarkeit aufwiesen, daß sie in ihrem Inneren eine Talgdrüse enthielten.

Diese Haare, welche ich der Einfachheit und Bequemlichkeit halber mit den Buchstaben A, B, C, D, E, F, G, H bezeichnen werde, wurden in der Haut des Kinnes zweier Leichen gefunden, über welche keine Notizen vorliegen. Die durchaus normale und mit grauem borstigem Bart versehene Haut wurde in Müllerscher Flüssigkeit fixiert und, nach Herstellung von reihenweise angeordneten Querschnitten, mit Hämalaun gefärbt. In diesen zu einer zweckmäßigen Untersuchung sehr geeigneten Querschnitten konnten die einzelnen Haare über die ganze Länge ihrer Wurzel studiert werden, und zwar nicht nur in bezug auf die feinsten morphologischen Details, sondern, soweit es die angewendete Fixierung und Färbung gestattete, auch bezüglich ihrer inneren Struktur.

Bevor ich zu meiner Beschreibung übergehe, will ich, um eventuelle Mißverständnisse zu vermeiden, die Grenzen der einzelnen Bestandteile der Haarwurzel genau bestimmen, die ich im folgenden öfters Gelegenheit haben werde, zu nennen. Ich bezeichne als:

Zwiebel oder Bulbus, den dickeren Teil des Haares, welcher der Papille entspricht oder dieselbe um wenig überragt;

Digitized by Google

Hals, den zwischen der Zwiebel und dem Schaft liegenden unvollständig verhornten Haarteil: dieser besteht aus einer unteren durchwegs konischen, und einer oberen schwach konischen oder zylindrischen Portion;

Wurzelportion des Schaftes, oder einfacher, als Schaft, die übrige vollständig verhornte, in der Wurzel mit inbegriffene Portion des Haares;

verhornte Partie der inneren Wurzelscheide, den oberen Teil der Wurzelscheide, welcher den Haarschaft von seinem Ursprunge her umgibt, und über dessen ganze Länge alle drei Schichten, aus denen er besteht, die vollständige Verhornung erreicht haben.

Intrapiläre Talgdrüsen.

Mehrere Autoren haben heterotopische Talgdrüsen der Haarfollikel beobachtet. So fand Pinkus bei einem Nävus hier und da in der äußeren Wurzelscheide zerstreute Talgzellen. Hoffmann fand bei der Untersuchung einer Follikularzyste ein in eine Höhle der Epidermis, gelegen zwischen dem Schleimkörper und der Hornschicht, emporgedrängtes Talgdrüsenläppchen. Pasini hatte mehrmals Gelegenheit, bei Präparaten aus Nävi zu beobachten, daß eine der Talgdrüsenbeeren des Follikels sich in der Dicke der Epidermis bis unter die Hornschicht entwickelte und ausdehnte. Ein ähnlicher Befund wurde von Giorgi und von Mortinotti angetroffen, und zwar von ersterem bei der Untersuchung einer verrukoiden hornigen Erhabenheit von Xeroderma pigmentosum, von letzterem bei der Untersuchung eines Naevus pigmentarius sebaceus verrucosus. Von in der Substanz des Haares selbst liegenden Talgdrüsen, ähnlich wie diejenigen, die ich beschreiben werde, sind mir aber keine Beispiele bekannt.

Alle intrapilären Drüsen bestehen aus einem einzigen Azinus mit meist elliptischem oder eiförmigem Durchschnitt, welcher am unteren Ende am größten ist und sich nach oben hin allmählich verkleinert.

Die Beeren der Haare A, B, C (Fig. 1) haben folgende Durchmesser 26×38, 48×62, 26×78 μ und sind 3, 5 resp. 5 Sektionen hoch; sie haben mehr oder minder regelmäßige Umrisse und zeigen an keiner Stelle eine Andeutung auf Erhabenheiten oder Höcker (einfache Talgdrüsen).

Dagegen haben die einzelnen Azini der Haare D, E, F, G, H, welche 3, 9, 3, 5 resp. 7 Durchmesser hoch sind und folgende Dimensionen aufweisen: 41×55, 67×120, 48×72, 84×139, 67×79 μ, an ihrer Oberfläche charakteristische mehr oder minder emporragende und deutliche Lobi, in Form von Ellipsen- oder Eisegmenten und von stets ungleicher Größe (zusammengesetzte Talgdrüsen). Jede Beere der Haare D (Fig. 4), E (Fig. 5), F, G (Fig. 7) besitzt zwei Lappen: bei dem ersten Azinus nehmen sie ausschließlich die Basalsektion ein; beim zweiten und vierten den zweiten Abschnitt; beim dritten, wo sie die Form einer ∞ haben, sind sie über die ganze Höhe deutlich sichtbar.

Digitized by Google

Nur bei der Drüse des Haares H sind drei Lappen vorhanden: die beiden größten derselben, die 2 Durchmesser hoch sind, ragen aus ihrem unteren Ende empor, der dritte, der auf die vierte Sektion beschränkt ist, ragt an einer Seite empor (Fig. 9).

Trotz sorgfältiger und wiederholter Untersuchung ist bei der Drüse D keine Spur von einem Ausführungsgang nachweisbar; diese Drüse ist in ihrer ganzen Höhe von den dem Haarbulbus eigenen Zellen umgeben (geschlossene Talgdrüse). Ob ein Ausführungsgang früher bestanden hat oder nicht, kann man nicht feststellen.

Alle übrigen Drüsen sind mit einem dünnen Röhrchen versehen, welches von ihrem oberen Ende ausgeht und ohne Zweifel die Bedeutung eines Ductus excretorius hat (Fig. 2, 3, 6, 8, 10, 11).

Was die Lage der Drüsen anbelangt, so ruht diejenige des Haares A auf dem Papillenhalse und diejenige des Haares H, dessen Follikel, wie wir weiter unten sehen werden, einen in zwei getrennte Kammern geteilten Grund hat, in der Tiefe der Alveole, in welche die größere der genannten Kammern emporragt. Die übrigen Drüsen erreichen den Grund des Follikels, und zwar bald in der Nähe des Papillenhalses (Fig. 4), bald in der Mitte der Papille. Vom Grunde des Follikels wenden sich die Drüsen nach oben zwischen die Zellen des Haares und dann regelmäßig schräg nach außen hin, so daß in einer gewissen Höhe diejenigen von ihnen, welche mit einem Ausführungsgang versehen sind, die Oberfläche des Haares erreichen und also mit der Außenseite kommunizieren.

Bei sechs Haaren befindet sich die Mündung des Drüsenganges im Bulbus selbst, und zwar bald in der Mitte seiner Höhe (F) oder etwas höher (E), bald zwischen seinem mittleren und seinem oberen Drittel (G, H), bald zwischen seinem oberen dritten und vierten Viertel (A), bald in der Nähe seiner oberen Grenze (C). Nur bei dem Haar B befindet sich die Mündung viel höher, d. h. entsprechend der Mitte der Höhe des oberen Teiles des Haarhalses.

Es ist also von allen Talgdrüsen nicht nur eine mehr oder minder kurze Portion des Duktus, sondern der ganze Azinus, also ihr Hauptteil, in der Dicke der Haarsubstanz gelegen. Dadurch wird ihnen der Charakter von wahren und echten intrapilären Drüsen verliehen.

Außerhalb des Haares verläuft der Duktus nach oben, mit geradem oder fast geradem Verlauf, durch die Dicke der inneren Wurzelscheide, oder durch den Spalt, den diese, wie wir weiter unten sehen werden, aufweist. Zuweilen verläuft er dicht an dem Haar entlang über seine ganze Länge (C, E); öfter bricht er sich eine Bahn von unten nach oben zwischen der Haaroberfläche und der Kutikula der inneren Wurzelscheide, oder in der Dicke dieses letzteren oder der Huxleyschen Schicht, oder zwischen dieser und der Henleschen, und weicht dabei etwas von innen nach außen ab (A, B, F, G, H).

Von den Drüsenausführungsgängen endet einer (F) blindsackartig in der Höhe des oberen Endes des Haarhalses, zwischen der inneren und der äußeren Wurzelscheide; weitere fünf (A, B, E, G, H) enden unmittelbar oberhalb der inneren Wurzelscheide zwischen dem nackten Haarschaft und der äußeren Wurzelscheide, deren innerste Zellen stellenweise verworren und voneinander getrennt sind und in dieser Höhe schon eine

Digitized by Google

Tendenz zur Verhornung zeigen. Nur der letzte Drüsengang (C) reicht über die obere Grenze der inneren Wurzelscheide hinaus und erstreckt sich nach aufwärts zwischen der äußeren Wurzelscheide und dem Haar (Fig. 3) und erreicht den Grund des Haartrichters, in welchen er mündet. So ist von allen Drüsen nur diese letzte in der Lage, ihren Inhalt nach außen ergießen zu können.

Während drei der Drüsenausführungsgänge (B, C, G) in ihrer ganzen Länge durchgängig sind, sind die übrigen an einer oder an mehreren Stellen auf eine sehr wechselnde Länge obliteriert. In der Tat, bei einem dieser letzten Gänge (E) entspricht die Atresie dem Anfangsteil des Haarschaftes und bei einem anderen (F) dem oberen Ende des Bulbus des betreffenden Haares; sie erstreckt sich bei jenem nur über die Länge von zwei, bei diesem über die von fünf Sektionen. Bei einem dritten Gang (A) beginnt die Obliteration in halber Höhe des Halses des entsprechenden Haares und erstreckt sich aufwärts bis zur viertletzten Sektion. Der übrige Duktus (H) ist an vier verschiedenen Stellen verschlossen, welche mehr oder minder dem Äquator des betreffenden Haarbulbus, dem Anfang des Haarhalses, dem Anfang der verhornten Partie der inneren Wurzelscheide und der Mitte dieser letzteren entsprechen. Bei einem der Gänge (E) ist die Obliteration sichtbar durch von der Wand abgefallene Epithelzellen bedingt, welche ihn sozusagen ausstopfen; bei den übrigen hängt die Atresie von einer einfachen Lockerung der Zellenschichten der Wand selbst ab. Diese Schichten behalten jedoch ihre charakteristische konzentrische Anordnung bei, so daß man, ihnen nachgehend, die einzelnen Dukti erkennen und längs der obliterierten Portionen verfolgen kann.

An den Stellen wo sie durchgängig sind, erscheinen die Gänge auf der Durchschnittsfläche meistens mehr oder minder regelmäßig elliptisch oder oval, seltener rund, oder von sonstiger Form oder durchwegs unregelmäßig. Sie erfahren übrigens oft von einer Stelle zur anderen eine Umformung: so ist, beispielsweise, einer von ihnen (E) in seiner dem Haarbulbus entsprechenden Partie rund, in dem dem Haarhalse entsprechenden Abschnitt leicht oval oder fast viereckig, und wird dann im weiteren Verlauf dreieckig, nierenförmig und schließlich elliptisch.

Ebenso haben die einzelnen Gänge ein wechselndes Kaliber, und einige zeigen eine von unten nach oben zunehmende Verkleinerung ihres Kalibers (Fig. 2, 3, 10, 11). Dagegen hat der Duktus des Haares C über den größten Teil seiner Länge einen Durchmesser von 26—36 μ und erweitert sich dann in den letzten fünf Sektionen trichterartig, wobei er einen Durchmesser von 81 μ erreicht. Die übrigen, d. h. den Drüsen der Haare A, B, E, F, G, H entsprechenden Dukti haben folgende Durchmesser: 26, 31, 36, 29, 82, 29 μ.

Die Beeren der Drüsen der Haare A, B, C, D, E, F, G, H, von welchen bisher die Rede war, sind aus Talgdrüsenzellen zusammengesetzt, welche im wesentlichen mit denen der gewöhnlichen Drüsen der Haarfollikel identisch sind; in dem Querschnitt, wo sie die größten Dimensionen erreichen — das ist meistens die Basalsektion — bestehen die einzelnen Azini aus 12, resp. 20, 23, 22, 35, 19, 60, 84 solcher Zellen. In dieser Sektion haben die Talgdrüsen meistens polyedrische, seltener ovale Form:

Digitized by Google

an der Peripherie findet man jedoch einzelne spindelförmige oder fast flache. Sie unterscheiden sich von den umstehenden Haarzellen durch die größeren Dimensionen, wobei der Größenunterschied besonders das Protoplasma betrifft, während der Kern dieselbe Größe oder wenig mehr hat. Die größeren Zellen befinden sich meistens im Zentrum der einzelnen Azini, wo sie 12, resp. 14, 14, 12, 12, 19, 22, 17 μ groß sind. Nur ein einziges Mal beobachtete ich, daß alle Zellen eines Lobus etwas kleiner als diejenigen des entsprechenden Azinus waren. Das Protoplasma tritt deutlich hervor und erscheint meistens deutlich retikuliert; die, meistens elliptischen oder ovalen Kerne, sind gewöhnlich etwas weniger intensiv gefärbt als diejenigen der umgebenden Haarzellen. In den Schnitten, welche unmittelbar auf die Basalsektion folgen, ändern die Talgdrüsenzellen, während sie an Zahl abnehmen und dünner werden, auch allmählich ihre Gestalt, d. h. das Protoplasma zeigt nicht mehr die netzartige Beschaffenheit und der Kern, dessen Konturen zuweilen zackig sind, nimmt eine polygonale oder sternartige Form an, bleicht ab, wird kleiner und verschwindet schließlich, so daß die genannten Zellen am Ende der Azini oder etwas oberhalb, sich auf einfache oft runde, gleichmäßig helle Körperchen mit hornigem Aussehen reduzieren. Die Talgdrüsenzellen sind im allgemeinen mehr oder minder deutlich von den umstehenden Haarbulbuszellen differenziert; an der Peripherie der Azini ist jedoch die Grenze zwischen den beiden Zellenarten nicht so scharf markiert.

Mit in der erwähnten Weise umgestalteten, zum Teil noch ganzen, zum Teil auf Fragmente reduzierten Talgdrüsenzellen sind die einzelnen Drüsengänge, kontinuierlich oder mit einer oder mehreren kurzen Unterbrechungen bis zur Höhe des Anfangsteiles (A), oder der Hälfte (C, E), oder des oberen Endes (F) des Halses des entsprechenden Haares, oder noch etwas höher (B, G) ausgefüllt; in einem einzigen Duktus (H) erstrecken sie sich weiter nach oben bis fast zum Ende des Ganges. Man beobachtet ferner hier und da eine amorphe farblose Substanz, welche zusammen mit den erwähnten Zellen und ihren Resten das Drüsensekret, den Talg, darstellt. Drei der Dukti enthalten auch, in ihrem der verhornten Portion der inneren Wurzelscheide entsprechenden Abschnitt, hier und da, und zwar über eine bald einer einzigen, bald mehreren Sektionen entsprechende Strecke, abgefallene Wandzellen, welche an ihrer Farbe oder, wenn diese fehlt, an den scharf markierten und gezackten Rändern erkennbar sind. Das Lumen der Drüsengänge ist somit über den größten Teil seiner Breite und Länge ausgefüllt; nur bei drei Haaren (C, E, G) ist das Lumen in einem oder zwei kurzen Abschnitten ganz leer.

An ihrem unteren Ende sind die einzelnen Azini nicht selten durch eine einzige Schicht von Zellen des Bulbus der entsprechenden Haare von der Bindegewebsalveole getrennt. Weiter oben sind sie jedoch von einer mehr oder minder großen Anzahl solcher Zellen umgeben, wobei die innersten dieser Zellen, in 1—3, ausnahmsweise 4—8 Schichten, auf dem Querschnitt sich von den umstehenden durch einen gewissen Grad von Abflachung unterscheiden. In einem einzigen Azinus (H) sind die Grenzzellen des Bulbus entsprechend seiner zweiten und dritten Sektion

Digitized by Google

nicht abgeplattet, sondern zeigen an der Seite des Papillenhalses eine normale Größe, zylindrische Form und palisadenartige Anordnung.

Von den Azini aus setzen sich die Schichten von Plattenzellen nach oben meistens ununterbrochen fort und bilden die Wand der Ausführungsgänge, wobei sie bis zum Anfang der verhornten Portion der inneren Wurzelscheide deutlich unterschieden bleiben. Über diese Strecke sind die Wandzellen desto mehr abgeplattet, je mehr man von außen nach innen und von unten nach oben vorschreitet; in dem Maße wie die Abplattung ausgesprochener wird entfärbt sich der Kern der genannten Zellen und verschwindet, was auf eine Verhornung hindeutet. Bei einem der Dukti (H) erinnern die Grenzzellen der Wand durch ihr Aussehen an diejenigen des Stratum lucidum der Epidermis. Die Verhornung der innersten Zellen der Wand der Dukti scheint stellenweise mit derjenigen der verschiedenen Schichten der inneren Wurzelscheide, durch welche die Gänge selbst verlaufen, Hand in Hand zu gehen, geht aber an anderen Stellen der Verhornung dieser voraus. Und während in einem der Gänge (C) die Hornzellen durchwegs getrennt bleiben und in einem anderen (F) sogar sich voneinander loslösen zu wollen scheinen, kitten sie sich in den übrigen zu einer Art mehr oder minder heller Membran zusammen, welche ringsum kontinuierlich ist und eine bald gleichmäßige, bald ungleichmäßige Dicke (2, 4—7, 2 μ) hat, und in welcher selbst bei starker Vergrößerung keine Zellenform mehr zu unterscheiden ist.

In seinem Verlaufe durch die verhornte Partie der wie gewöhnlich gleichmäßig und intensiv gefärbten inneren Wurzelscheide läßt der Duktus keine eigene Wand mehr unterscheiden. Dagegen zeigt die Portion desselben, welche längs dem besonderen, mit Zellen der äußeren Wurzelscheide ausgefüllten Spalt verläuft, der, wie wir weiter unten sehen werden, in dem genannten Abschnitt vorhanden ist, in ihrem Inneren 1—3 Schichten von Plattenzellen und eine mehr oder minder helle Hornmembran.

Der oberhalb der inneren Wurzelscheide gelegene Abschnitt des Duktus der Drüse des Haares C zeigt wieder eine deutliche eigene Wand, bestehend aus zwei konzentrischen, bald vereinigten, bald an einer Seite oder ringsum getrennten und losgelösten Schichten von verhornten Zellen.

Haare.

Die Haare, in deren Innerem die beschriebenen Talgdrüsen gefunden wurden, haben einen mehr oder minder regelmäßig elliptischen oder ovalen Bulbus (Fig. 1—2, 9—10). Eins dieser Haare weist ferner in der Mitte einer seiner Seiten, über eine seinen beiden oberen Dritteln entsprechende Ausdehnung, eine Art Buckel (Fig. 8) auf. Die größte Dicke (Äquator) erreichen die Haare gewöhnlich in der Mitte ihrer Länge oder etwas unterhalb dieser Stelle. Bei den Haaren A, B, C, D, E, F, G, H ist der Bulbus resp. 16, 20, 18, 28, 10, 11, 18, 17 Sektionen hoch. Bezüglich des Haares D, dessen Bulbus danach riesig lang zu sein scheint, ist zu bemerken, daß die Schnitte außergewöhnlich dünn gelungen sind.

Während der Hals der Haare A, B, D, E (Fig. 6) auf der Schnittfläche die elliptische oder ovale Form des entsprechenden Bulbus beibehält, flacht sich derjenige der Haare F, G etwas an zwei Seiten ab

Digitized by Google

und nimmt fast eine dreieckige Form an. Derjenige der Haare C und H nimmt eine ganz außergewöhnliche, d. h. nierenartige Form an.

Der Schaft der Haare D, E, F, H zeigt auf der Querschnittfläche mehr oder minder die Form eines ungleichseitigen Dreiecks (Fig. 11, 12), derjenige des Haares B die Form einer Raute; bei den fünf erwähnten Haaren behält der Schaft die betreffende Form über die ganze Länge seiner Wurzelportion bei. Der Schaft der Haare A, C, G hat hingegen in seinem unteren Abschnitt die Form einer Ellipse, resp. einer Niere (Fig. 3), resp. eines gleichseitigen Dreiecks, in dem oberen Abschnitt diejenige einer Niere, resp. eines ungleichseitigen Dreiecks, resp. eines Trapezes oder eine dem ähnliche. Auf der Höhe des Follikelhalses hat der Schaft der Haare A, B, C, D, E, F, G, H einen maximalen Querdurchmesser von resp. 206, 181, 125, 136, 143, 181, 184, 181 μ und einen minimalen von 98, 82, 115, 127, 114, 98, 100, 107 μ.

Das Haar B ist mit zwei getrennten Marks (72 μ, 82 μ) versehen, welche über die ganze Länge des Halses getrennt sind und erst im Haarschaft zu einem einzigen zusammenfließen. Alle übrigen Haare haben ein einziges Mark (46—128 μ), welches entweder in der ganzen Länge des Halses und des Schaftes kontinuierlich verläuft (E, G), oder in einer ersten Portion kontinuierlich und im übrigen unterbrochen ist (A, C, D, F, H).

Das Haar C ist regelmäßig pigmentiert. Bei dem Haar A ist nur eine winzige Pigmentmasse am Beginn des Halses, unmittelbar oberhalb der Spitze des größeren Endausläufers der Papille sichtbar. Die übrigen Haare sind pigmentlos.

Im Grunde genommen entsprechen die soeben beschriebenen Kinnhaare in bezug auf Größe, äußere Gestaltung usw., mehr oder minder denjenigen mit zusammengesetzter Papille, welche ich früher beschrieben habe (6): es kommen unter ihnen die Exemplare mit einem seitlichen Höcker am Bulbus oder mit doppeltem Mark im Inneren fast mit derselben Frequenz vor. Sie weisen jedoch außerdem einige bemerkenswerte Anomalien auf.

Die erste dieser Anomalien betrifft ausschließlich das Haar H. Bei diesem ist das untere Segment des Bulbus, d. h. der am Follikelgrunde anhaftende Abschnitt in der Richtung des kürzeren Durchmessers in zwei geteilt, so daß gewissermaßen zwei getrennte, mit ihrem längeren Durchmesser divergierende Buckel entstehen, welche, auf dem Querschnitt, fast die Form eines Halbmondes mit nach innen gewendeter Konkavität haben. Die Höhe einer dieser Buckel, der 53×200 μ groß ist, entspricht einer einzigen, diejenige des anderen, der an der Basis 117×270 μ groß ist, hingegen zwei Sektionen. Durch den größeren der beiden Buckel verläuft die weiter oben erwähnte intrapiläre Talgdrüse.

Die wichtigste Anomalie der hier besprochenen Haare besteht aber in der Existenz einer Art Rinne auf ihrer Oberfläche, welche in offenbarer Beziehung zu der in den Haaren enthaltenen Talgdrüse steht. Die Lage dieser Rinne entspricht nämlich bei allen Haaren der Talgdrüse, oder sie verläuft, wenn diese keinen Duktus hat, in derselben Richtung. Mit Ausnahme des Haares B sind alle übrigen mit einer solchen Rinne versehen; diese kommt also ziemlich häufig vor.

Auf der Querschnittfläche ist die Rinne konkav (Fig. 2, 3) oder

Digitized by Google

V-förmig (Fig. 11): letztere Form ist jedoch seltener als erstere und dem Schaft des Haares eigentümlich. Bei den Haaren F und G ist die Rinne nur im Bulbus vorhanden, und zwar auf den zwischen der 6. und der 8. Sektion liegenden Abschnitt beschränkt; sie erreicht eine Breite von 57 resp. 67 μ und eine Tiefe von 24 resp. 26 μ.

Bei den Haaren A, D, E ist die Rinne in zwei verschiedenen Abschnitten, einem unteren und einem oberen, vorhanden. Im unteren erstreckt sie sich von der 5. zur 10., resp. von der 4. zur 6., resp. von der 6. zur 18. Sektion des Bulbus und ist 96, resp. 135, resp. 72 μ breit und 12, resp. 10, resp. 29 μ hoch. Der obere Abschnitt beginnt entweder am Anfang des Haarschaftes oder erst bei der 6. Sektion desselben (A) und läuft dann ununterbrochen bis zur Höhe der 25., resp. 10., resp. 38. Sektion weiter; die Rinne endet beim zweiten der erwähnten Haare, bevor sie das Ende der entsprechenden Wurzelscheide erreicht, während sie bei den beiden übrigen diese Grenze überschreitet; sie erreicht hier bei den drei Haaren höchstens eine Breite von 27, resp. 36, resp. 36 μ und eine Tiefe von 10, resp. 31, resp, 31 μ, ist also schmaler geworden.

Bei dem Haar C beginnt die Rinne auf der Höhe der 6. Sektion des Bulbus, bei dem Haar H auf derjenigen der 10. Bei diesen beiden Haaren verläuft sie ununterbrochen über die ganze Länge des Halses — welcher infolgedessen die erwähnte Nierenform im Querschnitt aufweist — und einen bedeutenden Teil des Schaftes.

Bei dem ersten Haar endet sie ungefähr auf der Höhe des Grundes des Follikeltrichters; bei dem zweiten läuft sie, etwas oberhalb der inneren Wurzelscheide, in der Konkavität einer Seite des Schaftes aus, so daß man nicht unterscheiden kann, ob diese sie noch repräsentiert oder nicht (Fig. 12). Im Bulbus, im Halse und im Schafte des Haares C erreicht sie eine Breite von resp. 46, 36 und 72 μ und eine Tiefe von 27, 22 und 36 μ; in denselben Teilen des Haares H eine Breite von resp. 98, 65 und 46 μ und eine Höhe von 26, 19 und 17 μ. Sie verkleinert sich also bei dem einen auf der Höhe des Halses merkbar, um sich in dem dem Schafte entsprechenden Teil wieder zu vergrößern, während sie sich bei dem anderen gleichmäßig oder fast gleichmäßig von unten nach oben verengert.

Was die innere Struktur anbelangt, so beobachtet man, daß entsprechend der Rinne des Haarbulbus die Zellen dieses letzteren sich dicht nebeneinander ansammeln, während ihre Kerne sich intensiver färben. Bei dem Haar H setzt sich dieser Zustand über sechs Schnitte im Halse fort, und nimmt hier die Bedeutung einer wahren und echten Verspätung der Verhornung an. Eine solche Verspätung beobachtet man noch deutlicher und mit größerer Frequenz in dem die Rinne auskleidenden Haarhäutchen über eine Zone, die sich, in dem Maße wie sie nach oben vorschreitet, verschmälert und am oberen Ende des Bulbus oder etwas höher endet. Bei der Rinne des Haarschaftes (A, C, D, E) gestaltet sich die Haarkutikula mehr oder minder dünn oder fehlt gänzlich.

Innere Wurzelscheide.

Die innere Wurzelscheide des Haares B wird von dem Duktus der intrapilären Talgdrüse von unten nach oben einfach durchzogen, ohne

Digitized by Google

bedeutende Modifizierungen zu erfahren; dagegen zeigt diejenige der sieben übrigen Haare längs dem Verlaufe des Duktus, oder, wenn dieser fehlt (D), an der Seite wo die intrapiläre Drüse liegt, verschiedenartige Alterationen, von denen die wichtigste in einem besonderen Spalt besteht.

Einen solchen Spalt beobachtet man bei sieben der untersuchten Haare. Bei den Haaren C (Fig. 2), F und G (Fig. 8) ist er nur in der den Bulbus umhüllenden Partie der Scheide vorhanden und erstreckt sich über die 7.—9., resp. 10.—11., resp. 6.—9. Sektion. Bei F bleiben die Ränder der Scheide, welche den Spalt abgrenzen, miteinander in Berührung; bei C sind sie 12, bei G 5 μ voneinander entfernt. Bei dem Haar D beschränkt sich der Spalt auf die obere Hälfte der verhornten Portion der Scheide; hier geht ihm über eine kurze Strecke eine einfache Korrosion der äußeren Fläche voraus, wonach er sich rasch in steigender Richtung V-artig erweitert. In der Scheide von zwei weiteren Haaren besetzt er zwei verschiedene, in bezug auf Sitz und Ausdehnung einander fast entsprechende Abschnitte, d. h. einen unteren und einen oberen. Bei dem einen dieser Haare (A) beginnt der erste Traktus auf der Höhe des Bulbus (14. Schnitt) und erstreckt sich aufwärts bis ungefähr zur Höhe der Grenze zwischen dem unteren und dem oberen Teil des Halses des betreffenden Haares und erreicht, etwa in der Mitte seiner Länge, seine maximale Breite, d. h. 48 μ; der zweite Abschnitt, der eine wechselnde Breite hat, jedoch nirgends eine solche von 72 μ überschreitet, erstreckt sich ununterbrochen vom 3. Schnitt bis zum Ende der verhornten Portion. In der Scheide des anderen der erwähnten Haare (H) beginnt der untere Abschnitt des Spaltes, welcher sehr schmal ist und höchstens die Breite eines Kerns erreicht, auf der Höhe des 10. Schnittes des Bulbus und fährt bis ungefähr zur Mitte der Höhe des unteren Teiles des Halses des betreffenden Haares fort; der obere Abschnitt ist so lang wie die ganze verhornte Portion der Scheide und erreicht höchstens, und zwar an seinem Ende, eine Breite von 48 μ. Bei dem letzten Haar E (Fig. 6) beginnt der Spalt auf der Höhe des Bulbus (18. Schnitt) und durchzieht ununterbrochen die Scheide bis zu ihrem Ende; er ist also der längste von allen. Seine sehr wechselnde Breite ist ungefähr derjenigen des eingeschlossenen Drüsenganges gleich oder wenig überlegen; der Spalt ist im allgemeinen in dem dem Bulbus und dem Halse des Haares entsprechenden Teil schmäler (38 μ) als in der darüberstehenden Portion (81 μ); er erweitert sich aber am Ende der Scheide, und zwar auf der Höhe seiner letzten sechs Schnitte rasch V-artig.

Auf dem Querschnitt haben die den Spalt abgrenzenden Ränder der inneren Wurzelscheide eine wechselnde Form. Auf der Höhe des Haarbulbus sind sie entweder beide abgerundet (Fig. 2) oder der eine von ihnen verdünnt sich allmählich, während der andere fast kantig endet (Fig. 8), oder sie beginnen beide unten abgerundet und werden oben kantig (F). Auf der Höhe des Haarhalses sind sie entweder unten dünn und werden in dem Maße, wie man nach oben schreitet, größer und sukzessive abgerundet, flach, konkav (A), oder sie sind unten beide abgerundet, aber einer von ihnen wird oben kantig (H), oder sie werden, von unten nach oben schreitend, sukzessive abgerundet, konkav abgerundet, gerade, leicht konkav (E). Entsprechend dem verhornten Teil der

Digitized by Google

Scheide haben sie ebenfalls verschiedene Gestalt: so ist bei einem Haar (A) unten der eine Rand des Spaltes abgeschärft, der andere abgerundet, während sie im übrigen Teil beide bald rund, bald gerade, bald konkav werden; bei einem anderen (H) ist unten ein Rand konkav, der andere konvex, während sie oben an mehr als einer Stelle beide konkav sind; bei einem anderen (E) sind sie zuerst beide gerade (Fig. 6), dann wird der eine leicht konkav, der andere wie V-artig geschnitten.

Der Spalt nimmt den Duktus der Haardrüse bald bereits an seinem unteren Ende, bald höher in sich auf und wird von ihm bald teilweise, seltener vollständig eingenommen. Im ersten Fall ist der freigebliebene Teil des Spaltes mit Epithelzellen ausgefüllt, und es bleibt nur an wenigen Stellen, und zwar gegen das Ende des Duktus hin zuweilen ringsum die Wand desselben, ein leerer Raum frei. Auf der Höhe des Bulbus und des unteren Teiles des Haarhalses haben die genannten Epithelzellen dasselbe Aussehen wie die nicht verhornten Zellen des Haares und seiner Wurzelscheiden, so daß man nicht entscheiden kann, ob sie zu diesen oder zu jenen gehören; man kann aber mehr oben, wo die Verhornung vorgeschrittener und die Differenzierung zwischen dem Haar und der inneren Wurzelscheide eine deutlichere ist, besonders wo der Spalt eine gewisse Weite erreicht, deutlich erkennen, daß die Zellen der äußeren Wurzelscheide entstammen.

Bezüglich des Zustandes der inneren Wurzelscheide in der Nähe des Spaltes ist weniges zu bemerken. Zuweilen sind ihre verschiedenen Schichten und besonders die Henlesche nach innen gebogen (Fig. 2); öfters sind sie jedoch brüsk unterbrochen, ohne sich zu verlagern. Bei einem einzigen Haar (G) sind die Zellen der Henleschen Schicht auf der Höhe des oberen Teiles des Bulbus und über die Ausdehnung weniger Schnitte, an der Seite des Spaltes wie nach innen umgestülpt, d. h. anstatt in zur Oberfläche des Bulbus tangentieller, in vertikaler Richtung angeordnet. In der Scheide zwei weiterer Haare (C, H) scheint die Verhornung der Henleschen Schicht an einer Seite des Spaltes etwas rascher vor sich zu gehen als an der anderen Seite.

Eine zweite Unregelmäßigkeit der inneren Wurzelscheide besteht in einer auf ihrer äußeren Oberfläche vorhandenen wenig tiefen Rinne. Beim Haare A geht sie dem Spalt um eine neun Schnitte hohe Strecke vorauf; bei dem Haar G geht sie nicht nur um zwei Schnitte vorauf, sondern begleitet ihn in seiner ganzen Länge und überschreitet ihm um eine Länge von mehr als drei Schnitten. Die Scheide des Haares E weist keinen Spalt auf, dagegen aber eine Rinne, und zwar in der zwischen dem 4. und 6. Bulbusschnitt begriffenen Portion; die Henlesche Schicht, welche wie nach innen umgestülpt erscheint, ist nicht aus einer einzigen, sondern aus zwei bis drei Zellenreihen gebildet. Im Anfangsteil der verhornten Portion der Scheide desselben Haares beobachtet man etwas wie eine Fortsetzung der Rinne; dieser Teil der Rinne liegt gerade der oben erwähnten Rinne im Haarschaft gegenüber und ist annähernd eben so lang wie diese.

Bei weiteren drei Haaren zeigt die innere Wurzelscheide Veränderungen ihrer Dicke. Diejenige des Haares G zeigt über ungefähr zwei Drittel ihres Umfanges, besonders in der Nähe des sie durchziehenden

Digitized by Google

Drüsenduktus, eine deutliche Verdickung, welche unmittelbar über dem in ihrem unteren Teil vorhandenen Spalt beginnt und sich nach oben in ihrer ganzen übrigen Länge fortsetzt. Die Scheide zeigt, dort wo die Hyperplasie beginnt, und zwar über eine nur wenige Schnitte umfassende Strecke, eine unregelmäßige Krümmung ihrer inneren und besonders ihrer äußeren Oberfläche. Man beobachtet hier ferner eine gewisse Verwirrung der Zellen, aus welchen sie gebildet ist; an einer Stelle sind die Zellen sogar konzentrisch, wie zur Bildung einer Hornperle angeordnet (46×56 μ). Eine Hyperplasie der inneren Wurzelscheide von ähnlichem Grad und mit ähnlichem Sitz und ähnlicher Ausdehnung zeigt auch das Haar H. Die Scheide des Haares G verdickt sich in einem Teil ihres Umfanges, verdünnt sich hingegen im übrigen. In derselben Weise verhält sich die Scheide des Haares D in dem der im unteren Teile vorhandenen Rinne entsprechendem Abschnitt. Die Hyperplasie und die Verdünnung erfolgen stets auf Kosten der Huxleyschen Schicht, welche an Stelle der beiden gewöhnlichen Zellenreihen im ersten Fall vier, im zweiten nur eine Zellenreihe aufweist.

Schließlich ist zu bemerken, daß die innere Wurzelscheide der Haare D, F, E, C, B, G, H, A resp. 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 19 Schnitte unter dem Follikelhalse endet. Dies bedeutet, daß sie meistens, wenn nicht immer, mehr oder minder kurz ist; diese Verkürzung erfolgt im wesentlichen auf Kosten ihrer verhornten Partie.

Äußere Wurzelscheide.

Gegenüber der Follikelwand zeigt die äußere Wurzelscheide verschiedenartige Anhängsel, welche jedoch die Struktur der Scheide beibehalten.

Eins dieser Anhängsel ist bei der Scheide des Haares H (Fig. 12) vorhanden und hat die Form zweier kleiner, 17 resp. 24 μ langer und 1 resp. 2 Schnitte hoher, an ihrer Basis vereinigter Kegel, von denen der größere eine abgerundete Spitze hat: sie entsprechen der Insertionsstelle der beiden Zipfel in welche sich der Musculus arrector des Haares (43 μ) teilt. Es handelt sich also um eins der gewöhnlichen epithelialen Anhängsel, welche zu dem genannten Muskel in Beziehung stehen. Dem Befunde kommt jedoch, da es sich um Kinnhaare handelt, eine gewisse Bedeutung zu, indem nach Diesings Angaben den Haaren dieser Gegend ein Musculus arrector pili fehlen soll.

Drei ganz kleine epitheliale Anhängsel, jedoch unbestimmten Charakters, gehen ebenfalls von der äußeren Wurzelscheide des Haares A aus, und zwar 11 Schnitte unterhalb des Fundus der größeren Talgdrüse des Follikels. Sie haben folgende Dimensionen: 10×19, 14×19 und 12×22 μ und okkupieren einen einzigen Schnitt, in welchem die beiden äußeren 26 resp. 48 μ von dem mittleren entfernt sind. Die beiden ersten haben eine konische, die letzte eine ovale Form.

Ein epitheliales Anhängsel hat schließlich auch noch die äußere Wurzelscheide des Haares F; dasselbe ist von oben nach unten gerichtet, so daß es in der Nähe der Follikelhöhle bleibt. Es ist in seinem Anfangsteil schmal, erweitert sich dann allmählich und endet in zwei ge-

Digitized by Google

trennten verschieden großen Lappen. Es okkupiert im ganzen nicht mehr als fünf Schnitte, von denen zwei die genannten zwei Lappen einschließen. Es hat folgende Dimensionen: an seiner Ansatzstelle 36×215 μ, an der Basis des kleineren Lappens 26×224 μ und an der Basis des anderen Lappens 36×267 μ. Infolge seiner flachen Form könnte es in seiner Gesamtheit mit zwei auf mehr als der Hälfte ihrer Länge vereinigten Zungen verglichen werden. Es ist in die etwas verdickte Glashaut des Follikels eingelagert, wo es in seiner ganzen Länge durch ein ganz dünnes, durch die Glashaut selbst gebildetes Septum, welches an seinem oberen Ende 12, am unteren 4,8 μ dick ist, von der äußeren Wurzelscheide getrennt ist. Das beschriebene Anhängsel ist vielleicht nichts anderes als eine atrophische Talgdrüse, und als solche hätte es einen abnormen Sitz.

Follikel und Papille der Haare.

Die Haarfollikel haben auf dem Querschnitt im allgemeinen elliptische oder ovale Form. Auf der Höhe der oberen Hälfte des Haarbulbus, wo sie die größten Dimensionen erreichen, ist ihr größter Durchmesser 0,87—1,14 mm; auf der Höhe des Halses ist er hingegen nur noch 0,44—0,57 mm. Bei denjenigen der Haare A, C, F, H ist die Glashaut resp. 12, 12, 17, 17 μ dick, d. h. etwas verdickt. Mit ihrem Grunde erreichen alle das Hypoderma, wo dasjenige des Haares H sich mitten in ein großes Bindegewebsseptum einpflanzt, die übrigen mit einem mehr oder minder großem Teil ihres Umfanges in das Fettgewebe versenkt sind.

Alle Haarpapillen sind zusammengesetzt; ihr Ausgangspunkt liegt auf einer Seite des Follikelgrundes. Der Hals der Papillen der Haare A, B, C, D, F, G hat die gewöhnliche Form und einen Durchmesser von 46—198 μ. Der auf dem Querschnitt elliptische oder ovale Körper der Papillen ist 4—15 Schnitte hoch und 250—367 μ breit: es handelt sich also um voluminöse Papillenkörper. Derjenige des Haares C ist der größte den ich bis jetzt beobachten konnte. Die Papillen der Haare A, B, E endigen in 5 resp. 2 und 2 einfachen Ausläufern. Diejenige des Haares F ist mit drei versehen, von denen zwei einfach sind, während sich der dritte in zwei Zipfel verzweigt. Diejenige des Haares C trägt ebenfalls drei Endausläufer, von denen zwei einfach sind und der dritte sich in zwei Zweige teilt, von diesen verzweigt sich einer wiederum in zwei Äste, von denen einer noch wieder in drei Ästchen zerfällt. Von den übrigen Papillen (D, G, H) ist eine einfach und mit drei einfachen Nebenausläufern am Körper versehen; eine zweite hat zwei einfache terminale Ausläufer und einen Nebenausläufer am Körper; die dritte hat zwei einfache terminale Ausläufer und außerdem noch zwei Nebenausläufer am Körper, von denen einer einfach, der andere wiederum mit zwei einfachen terminalen Ausläufern versehen ist. Die terminalen und Nebenausläufer und die primären und sekundären Verästelungen der Ausläufer entsprechen in bezug auf Form, Anordnung, Größe usw. mehr oder minder denjenigen der bereits beschriebenen drei ersten Kategorien von zusammengesetzten Papillen; ich brauche infolgedessen hier nicht näher darauf einzugehen.

Digitized by Google

Die Papillen haben meistens an der Peripherie eine verschieden, aber nie mehr als 24 μ dicke strukturlose Membran, welche gewöhnlich auf ihren ganzen Körper oder auf einen Teil desselben beschränkt ist und sich nur ausnahmsweise über die Ausläufer und ihre verschiedenen größeren und kleineren Verästelungen ausdehnt (C). Im Inneren sind die Bindegewebszellen bald spärlich, bald in mittelmäßiger Zahl, bald zahlreich vorhanden. An einer Seite des Follikelgrundes des Haares H erscheint das Derma selbst über eine gewisse Strecke und über die Höhe von mehreren Schnitten übernormal zellenreich. In der Papille des Haares C beobachtet man hier und da Pigmenthäufchen von unregelmäßiger Form und verschiedener Größe, und zwar findet man sie sowohl im Körper (Fig. 1) wie in den Ausläufern und in deren größeren und kleineren Verästelungen (Fig. 2). In der Nähe des Grundes des Follikels desselben Haares beobachtet man ebenfalls in der Dicke der Bindegewebsscheiden zwei getrennte Pigmenthäufchen.

Der Hals der Papille E ist charakterisiert durch seine Länge, welche fünf Schnitten entspricht, und dadurch, daß er über eine vier Schnitten entsprechende Ausdehnung an einer Seite des Follikelgrundes anhaftet, wo er somit eine Art Wurzel besitzt; auf dem Querschnitt ist sein 208 μ Durchmesser messender freier Teil unregelmäßig oval; der anhaftende Teil ist oben dick und hat die Form eines Ellipsensegmentes, während er sich unten etwas verdünnt und fast kantig wird (Fig. 5). Ferner geht von dem oberen Ende dieser Wurzel ein dünner (12 μ) Bindegewebsausläufer aus, welcher in horizontaler Richtung den Haarbulbus durchzieht, die Follikelwand erreicht und an derselben anhaftet; von einer entsprechenden Stelle der entgegengesetzten Seite des erwähnten oberen Wurzelendes geht hingegen ein fast konischer zwei Schnitte hoher und 46 μ dicker Ausläufer aus, der schräg nach oben verläuft.

Abnorm ist auch die scheidewandartige Form, welche der Hals der Papille des Haares H auf der Schnittfläche aufweist: dieser einen Schnitt hohe und 250 μ lange Papillenhals ist an einem Ende 167 μ und am anderen 36 μ breit. Ein solches Septum teilt natürlich den Follikelgrund in zwei getrennte Logen, welche den Buckeln entsprechen, die dieses Haar, wie wir bereits sahen, an der Basis des Bulbus aufweist.

Man beobachtet ferner, daß das Bindegewebe des Follikelgrundes oder des Papillenhalses, auf welches sich der Azinus der intrapilären Drüse stützt, zu einer Art Alveole eingesenkt ist. Diese Alveole hat auf dem Querschnitt (C, D, E, F, H) die Form einer geschlossenen Ellipse; wo sie hingegen schräg von dem Schnitt getroffen wurde (A, B), hat sie die Form eines auf $^1/_3$ resp. $^1/_6$ seines Umfanges offenen Ovals. Mit Ausnahme von einer (Fig. 7), bei welcher zwei getrennte Böden zu beobachten sind, sind alle Alveolen einfach. Ihre Tiefe entspricht einem einzigen oder höchstens zwei (B, G, H) Schnitten. Einige zeigen eine ganz feine Glashaut (2,4—4,8 μ).

Mit Ausnahme von einer (A) zeigen alle übrigen Papillen gegenüber der intrapilären Drüse eine besondere Rinne, welche meistens eine Fortsetzung der beschriebenen Alveole (Fig. 1, 9) ist. Diese Rinne, welche auf dem Querschnitt die Form eines Oval- oder Ellipsensegments hat,

Digitized by Google

erreicht ihre größte Weite an ihrem unteren Ende und wird in dem Maße, wie sie nach oben verläuft, immer schmaler und oberflächlicher, bis sie gänzlich verschwindet. Bei einer Papille (E) ist sie einmal in dem in der Wurzel des Halses vorhandenem Ausläufer und dann in dem freien Teil des Halses sichtbar; bei weiteren fünf ist sie am Halse und am Körper zu gleicher Zeit oder nur am Körper vorhanden; bei einer einzigen hört sie beim Körper nicht auf, sondern setzt sich aufwärts längs dem Ausläufer, dem Ast und den Hauptendzweigen (Fig. 2) fort. Bei den genannten Papillen hat die Rinne folgende Dimensionen: Höhe = resp. 3, 9, 3, 3, 6, 4, 12 Schnitte; Breite = resp. 72, 72, 127, 60, 72, 72, 125 μ; Tiefe = resp. 45, 36, 46, 24, 36, 31, 46 μ. Auf der Rinne setzt sich die strukturlose Membran der Papille fort, wird aber hier dünner (4, 8—9, 6 μ). Bei der Papille des Haares H erreicht diese Membran die größte Dicke auf dem Grunde der Rinne und dünnt sich seitwärts allmählich ab, so daß sie auf dem Querschnitt mehr oder minder eine Halbmondform aufweist.

Talgdrüsen der Haarsäckchen.

Die einzelnen Follikel der bisher besprochenen Haare haben an ihrem oberem Teile, an der üblichen Stelle, 1—6 charakteristische Talgdrüsen, von denen jede aus einem oder mehreren, bald einfachen, bald zusammengesetzten Azini, besteht. Stets haben die Drüsen eines und desselben Follikels verschiedene Dimensionen, ebenso wie die Alveolen und die Azini, aus denen die einzelnen Drüsen bestehen, verschiedene Größe haben. Die meisten Drüsen sind mit einem mehr oder minder langen und breiten Ausführungsgang versehen; ein Teil von ihnen hat jedoch keinen solchen Duktus und ergießt das Sekret der Azini direkt in die äußere Wurzelscheide (ungestielte Talgdrüsen). In den mit mehreren Talgdrüsen versehenen Follikeln münden die Drüsen im Inneren bald auf der Höhe des Halses, bald oberhalb dieses, d. h. im unteren Teile des Trichters, bald unterhalb des Halses. Es sei hier bemerkt, daß ich unter „Hals" den schmalsten, oft nicht mehr als einen Schnitt hohen Teil des Follikels verstehe. In den einzelnen Follikeln münden zuweilen alle Talgdrüsen oder ein Teil derselben auf einer und derselben Höhe, zuweilen hingegen auf verschiedener Höhe, so daß die Mündungen 5 bis 22 Schnitte voneinander entfernt sind; im zweiten Fall sind die Drüsen meistens derart angeordnet, daß ihr Volumen von oben nach unten abnimmt.

Die Follikel der Haare B und G zeigen je eine einzige, aus einem einfachen Azinus gebildete Talgdrüse: diese beiden Drüsen sind 8 resp. 9 Schnitte hoch und sind 208×239 μ resp. 324×406 μ groß.

Das Follikel des Haares F ist mit zwei getrennten Talgdrüsen versehen, von denen eine in den Follikelhals selbst, die andere in den darüber stehenden Trichter auf der Höhe seines 5. Schnittes mündet: die erste, 16 Schnitte hohe und 297×604 μ große Drüse besteht aus zwei in je drei Azini geteilte Alveolen; die zweite, 9 Schnitte hohe und 262×751 μ große, besteht ebenfalls aus zwei Alveolen, von denen die eine in zwei, die andere in drei Beeren geteilt ist.

Digitized by Google

Die Follikel der Haare A, E, H sind mit je drei Talgdrüsen versehen. Diejenigen des Follikels A sind 27 resp. 19 resp. 5 Schnitte hoch und 802×983 μ resp. 396×584 μ resp. 117×161 μ weit und münden alle in den Grund des Trichters, d. h. die beiden ersten auf einer und derselben Höhe, die dritte um zwei Schnitte tiefer: die erste besteht aus drei Alveolen, von denen zwei in je drei Beeren geteilt sind, während die dritte einkammerig ist; die zweite Drüse besteht aus zwei Alveolen, von denen jede in zwei Beeren geteilt ist; die dritte ist einfach.

Von den Drüsen des Follikels E ist eine 27 Schnitte hoch und aus drei Alveolen gebildet, welche 153×270 μ resp. 226×584 μ resp. 360×612 μ groß sind; die beiden ersten Alveolen sind zweilappig, die dritte einfach; sie verschmelzen sich am oberen Teile und enden in einen einzigen ziemlich schmalem Ausführungsgang. Die beiden übrigen Drüsen sind einfach und ungestielt, 15 resp. 3 Schnitte hoch und 134×584 resp. 26×38 μ groß; die kleinste der Drüsen mündet in das Follikel auf der Höhe seines Halses; die mittelgroße und die größte in den darüberliegenden Trichter auf der Höhe seines 7. resp. 22. Schnittes. Von den drei Drüsen des Follikels des Haares H bestehen zwei, welche 20 resp. 13 Schnitte hoch und 850×935 μ resp. 226×668 μ groß sind, aus einer einzigen drei- resp. zweilappigen Alveole, auf welche der Ausführungsgang folgt; die übrige, 9 Schnitte hohe und 134×234 μ große, ist ungestielt und aus einer einzigen Alveole gebildet. Jene mündet in den Follikel nahe beieinander und auf derselben, d. h. der Höhe des Follikelhalses, diese hingegen 11 Schnitte tiefer.

Das Follikel des Haares C weist vier Talgdrüsen auf, welche resp. 15, 13, 11 und 8 Schnitte hoch sind, folgende Dimensionen 496×990 μ resp. 513×990 μ resp. 198×270 μ resp. 208×539 μ haben und aus drei dreilappigen Azini, resp. einem vierlappigen Azinus, resp. einem unverästelten Azinus, resp. einem zweilappigen Azinus bestehen: die drei ersten münden auf der Höhe des Trichters, die vierte fünf Schnitte tiefer, d. h. auf der Höhe des Follikelhalses.

Das Follikel des Haares D ist von sechs Talgdrüsen umgeben; dieselben sind resp. 12, 10, 3, 3, 2, 2 Schnitte hoch und 298×650 μ resp. 108×324 μ resp. 181×360 μ resp. 108×178 μ resp. 198×198 μ resp. 62×84 μ groß. Alle bestehen aus einem einzigen Azinus, welcher bei der ersten und der dritten dreilappig, bei der zweiten unverästelt und bei den übrigen zweilappig ist. Die drei ersten sind mit einem Ausführungsgang versehen, welcher in das Follikel auf der Höhe des Grundes des Trichters mündet; die übrigen ungestielten, d. h. mit keinem Ausführungsgang versehenen, münden unmittelbar unter dem Follikelhalse. Sie sind in der Weise angeordnet, daß die zweite vier Schnitte tiefer als die erste, die dritte und vierte zwei Schnitte tiefer als die zweite und die fünfte und sechste drei Schnitte tiefer als die dritte und vierte liegen.

Zusammenfassung.

Es handelt sich um acht mit zusammengesetzter Papille versehene Kinnhaare, welche im Vergleich zu den bis heute beschriebenen sich durch mehrfache und neue Anomalien unterscheiden.

Digitized by Google

So ist bei einem von ihnen der Papillenhals mit einer Wurzel versehen, von welcher an einer Seite ein Bindegewebsstrang, an der anderen ein einfacher Ausläufer ausgeht. Bei einem anderen ist die Basis des Bulbus zweilappig. Ein drittes ist mit einem Musculus arrector versehen, was bei den Kinnhaaren gewöhnlich nicht der Fall ist.

Die wichtigste Anomalie besteht aber darin, daß in der Substanz der Haare eine bald unverästelte, bald zweimal und bald dreimal verästelte Talgdrüse vorhanden ist. Sieben der Talgdrüsen sind auch mit einem feinen Ausführungsgang versehen. Die Drüsen stützen sich mit ihrem unteren Ende auf den Follikelgrund oder auf den Papillenhals und graben sich oft unten in eine Art Alveole ein, welche sich von unten nach oben der Papillenoberfläche entlang in Form einer Rinne fortsetzt. Der Duktus verläuft nach oben durch das Haar, aus welchem es entweder an irgend einer Stelle der oberen Hälfte des Bulbus oder, ausnahmsweise noch höher, heraustritt, um noch weiter zu verlaufen. Einer der Dukti endet blindsackartig in der Dicke der inneren Wurzelscheide; weitere fünf Ausführungsgänge enden am Ende der inneren Wurzelscheide, zwischen der nackten Oberfläche des Haares und der äußeren Wurzelscheide; der übrige verläuft aufwärts weiter und mündet direkt in den Grund des Follikeltrichters. Die einzelnen Dukti sind in ihrer ganzen Länge oder nur teilweise durchgängig; sie sind jedoch meistens mit Talgsekret gefüllt; in einem sammelt sich dieses bis oberhalb seines oberen Endes an. Im Grunde genommen unterscheiden sich intrapilären Talgdrüsen von den gewöhnlichen Follikeltalgdrüsen nur durch die Länge und die Feinheit ihres Ausführungsganges.

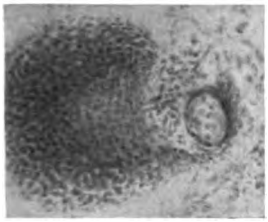
Der Talgdrüse gegenüber und in Abhängigkeit von ihr beobachtet man auf der äußeren Oberfläche der Haare oft eine Rinne, welche entweder auf einen Abschnitt des Bulbus beschränkt ist oder sich, kontinuierlich oder unterbrochen, weiter nach oben hin ausdehnt. In der Nähe dieser Rinne erleiden die Zellen des Haares und ihres Oberhäutchens zuweilen eine Verspätung der Verhornung.

Die innere Wurzelscheide zeigt außer einer derjenigen des entsprechenden Haares ähnlichen Rinne und außer Unregelmäßigkeiten ihrer Dicke nicht selten längs des Drüsenganges, einen wahren und echten Spalt.

Literatur.

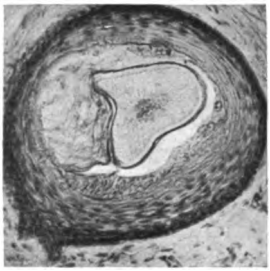
Diesing, R., Beiträge z. Kenntnis d. Haarbalgmuskeln. Inaug.-Abhandlg. Stuttgart, F. Enke, 1884, S. 12. — Giorgi, E., Ghiandole sebacee subcornee. Giorn. ital. delle mal. vener., 1906, Bd. 47, S. 93. — Giovannini, S., 1. Sur la kératinisation du poil et les altérations des follicules causées par l'épilation. Arch. de Biolog., pub. p. Ed. van Beneden et Ch. van Bambeke, 1890, T. 10, S. 609. — 2. De la régéneration des poils

Digitized by Google



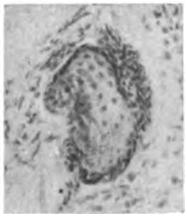
4

8

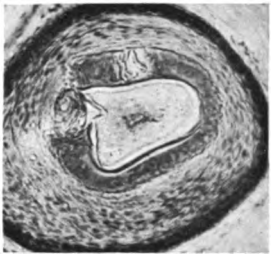


12

3

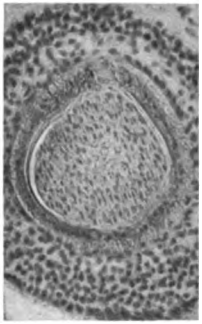


7



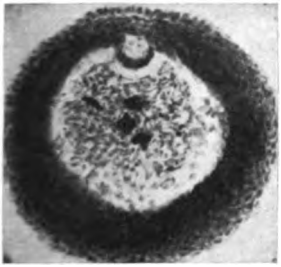
11

2

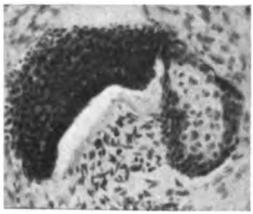


6

10



1



5

9

Digitized by Google

Digitized by Google

après l'épilation. Arch. f. mikrosk. Anat., 1890, Bd. 36, S. 528. — 3. Ricerche intorno alla corneificazione dei peli umani compiute colla digestione artificiale. Arch. per le Scienze med., 1906, Bd. 30, S. 463. — 4. Sull' esistenza nell' uomo di papille pilifere con più propagini terminali semplici (Papille pilifere composte). Anat. Anzeiger, 1908, Bd. 32, S. 206. — 5. Papille pilifere con propagini terminali composte, con propagini avventizie e bigemine. Ibidem, 1909, Bd. 34, S. 230. — 6. I peli con papilla composta. Ibidem, 1910, Bd. 37, S. 39. — 7. Alcune anomalie dei peli del mento. Gazzetta d. Osped. e d. Clin., 1911, S. 455. — Hoffmann, E., Über Retention von Talgdrüsensekret mit Erhaltung des zelligen Charakters innerhalb der Hornschicht. Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64, S. 184. — Martinotti, L., Sui nevi e i tumori delle glandole sebacee. Giorn. ital. delle mal. vener., 1911, Bd. 52, S. 702. — Pasini, A., Unter der Hornschicht gelegene intraepidermale Talgdrüsen. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 42, S. 67; Giorn. ital. delle mal. vener., 1906, Bd. 47, S. 234. — Pinkus, F., Über eine Form rudimentärer Talgdrüsen. Arch. f. Derm., 1897, Bd. 41, S. 347.

Erklärung der Abbildungen.

Alle Mikrophotographien der Tafel wurden unter einer Vergrößerung von 120 Durchmesser ausgeführt.

Fig. 1—2. Bulbus des Haares C auf der Höhe des 4. und 9. Schnittes.
„ 3. Schaft desselben Haares, 7 Schnitte oberhalb des Endes der inneren Wurzelscheide.
„ 4. Grundschnitt des Bulbus des Haares D.
„ 5. Bulbus des Haares E, 2. Schnitt.
„ 6. Der obere Teil des Halses desselben Haares.
„ 7. Talgdrüse des Haares G und entsprechende Alveole auf der Höhe des 2. Schnittes.
„ 8. Bulbus desselben Haares, 9. Schnitt.
„ 9—10. Bulbus des Haares H, auf der Höhe des 3. und 14. Schnittes.
„ 11—12. Dem Ende der inneren Wurzelscheide und der unmittelbar oberhalb des Duktus der intrapilären Talgdrüse gelegenen Gegend entsprechender Teil des Schaftes des Haares H.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 11, August 1912.

1. Über die Verwendung eines Klebemittels bei Untersuchung auf Spermien. Technische Notiz von B. Solger-Neisse. Da es vorkommen kann, daß das scheinbar fest anhaftende Material sich von den Objektträgern in wässeriger Flüssigkeit zum Teil wieder ablöst, empfiehlt es sich, den trockenen Aufstrich mit einer Mischung von Kollodium und Ol. ricini (2 : 1) in ganz dünner Schicht zu überpinseln. Der in dieser Weise armierte Objektträger wird dann in 90—92%igen Alkohol getaucht, um das Rizinusöl zu entfernen, und kann nach Beseitigen des Alkohols (durch Trocknen oder Wasserspülung) in die gewählten Farblösungen gebracht und mit Wasser ausgewaschen werden.

Digitized by Google

2. Über die v. Dungernsche Syphilisreaktion, von Joh. Emmert-Mannheim. Eigene Untersuchungen an 150 Fällen, aus denen Verfasser schließt: Zwar ist die Ausführung der Methode sehr einfach, nicht aber ihre Bewertung, vielmehr verlangt diese längere Übung. Auch der Geübte wird in der Bewertung der Endreaktion manchmal fehlgreifen (fast immer in der Richtung, daß er ein luetisches Serum für normal hält), oder er wird ein non liquet aussprechen müssen. In diese letzte Notwendigkeit wird sich der Praktiker, der allein auf die v. Dungernsche Reaktion ohne Zuziehung der Wassermannschen seine Diagnose gründen will, öfter versetzt sehen. Dagegen ist von Wichtigkeit, daß alle nach v. Dungern glatt positiv reagierenden Sera von Luetikern stammen. Dies allein sollte genügen, der Dungernschen Reaktion eine praktische Bedeutung zuzuerkennen, denn wenn nach dem Auseinandergesetzten die Reaktion von Dungern auch nicht imstande ist, die Wassermannsche zu ersetzen, so kann sie doch in einzelnen Fällen, wo es darauf ankommt, schnell ein Resultat ergeben.

W. Lehmann-Stettin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 16. Mai 1912.

Fall von persistierendem zirzinatem papulo-nekrotischem Ausschlag (? Tuberkulide), von H. G. Adamson. Gegen die Diagnose Tuberkulide mit papulo-nekrotisierendem Typus sprach bei dem ca. $1^1/_2$jährigen Kinde nebst der Neigung zum kreisförmigen Auswachsen der Umstand, daß die Läsionen seit den ersten Lebenstagen schon bestanden hatten. Die histologische Untersuchung brachte auch keine definitive Erklärung.

Fall von (?) „Tuberkulid vom sog. Darier-Roussyschen Sarkoidtypus", von H. G. Adamson. In klinischer Beziehung ließen die an der unteren Extremität lokalisierten, dunkelroten, knötchenförmigen Läsionen bei der 35jährigen Frau die Diagnose Tuberkulid gerechtfertigt erscheinen, aber die Biopsie bestätigte dies nicht.

Fall von Lupus erythematosus, von J. L. Bunch. Die Läsionen waren bei der 23jährigen Patientin, Krankenpflegerin, an der Dorsalseite der Hände lokalisiert und waren ziemlich akut entstanden.

Fall von universeller Ichthyosis bei einem 14jährigen Mädchen, von J. L. Bunch.

Fall zum diagnostizieren, von S. E. Dore. Wahrscheinlich waren die hauptsächlich rechts und links über dem Nasenbein lokalisierten, braunroten Erhebungen Lupus erythematosus.

Tuberkulide bei einem 10jährigen Knaben, von S. E. Dore. Die Affektion war fünf Monate zuvor am Gesäß zuerst hervorgetreten und wies verschiedenerlei Läsionen auf.

Hydroa vacciniforme vel aestivale bei einem 8jährigen Knaben, von S. E. Dore. Die Affektion war durch eine ausgesprochene Neigung zum Rezidivieren charakterisiert, indem sie seit vier Jahren regelmäßig im Frühjahr einsetzte und bis zum Spätsommer bestehen blieb.

Fall von Pseudo-Pelade, von W. Fox. Bei der 21jährigen Patientin, welche seit vier Jahren an dem Leiden erkrankt ist, war irgend ein bestimmtes ätiologisches Moment nicht festzustellen.

Fall von Ausschlag durch Jodeisen, von E. W. Grodall. Der wegen Herzleidens und Nephritis im Krankenhaus aufgenommene 23jährige Patient entwickelte nach dem Einnehmen von einigen mäßigen Dosen Jodeisensirup einen ausgedehnten

Digitized by Google

Ausschlag am Gesicht und an anderen Körperstellen, welcher eine frappante Ähnlichkeit mit Variola darbot.

Fall zum diagnostizieren (Jodeisenausschlag), von M. Morris. In diesem Falle war der Ausschlag hervorgetreten, nachdem der Patient acht Tage lang dreimal täglich einen Teelöffel voll Jodeisensirup genommen hatte, verging beim Aussetzen des Medikamentes, stellte sich jedoch bei erneuter Darreichung desselben wieder ein.

Fall von Syringoma, von J. E. R. McDonagh. Die ziemlich zahlreichen Läsionen bei dem 12jährigen Mädchen sollen schon im ersten Lebensjahre vereinzelt hervorgetreten sein. Der histologische Befund ist an einer guten Abbildung dargelegt.

Fall von Lepra maculo-anaesthetica bei einer 25jährigen Frau, von D. M. H. Mac Leod. Das nunmehr seit sechs Jahren bestehende Leiden war in Westindien akquiriert worden und scheint sich unter Behandlung mit Bagonschem Leprolin erheblich gebessert zu haben.

Ein nach der Pfannenstillschen Methode behandelter Fall von Lupus vulgaris und Skrophulodermie, von J. H. Sequeira. Unter der Darreichung von Jodnatrium und der lokalen Applikation von Wasserstoffsuperoxyd hat sich das vorher sehr kachektische und mit ausgedehnten Läsionen behaftete 16jährige Mädchen auffallend gebessert.

Fall von Erythema nodosum im Verein mit Mammatuberkulose, von F. P. Weber.

Fall von Ichthyosis, von A. W. Williams. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Juli 1912.

1. Ein Fall von nicht rezidivierender Dermatitis polymorpha dolorosa herpetiformis subacuta, von Petrini de Galatz-Bukarest. Ein 13jähriges Mädchen bemerkte plötzlich an den Beinen unter starkem Jucken auftretende, erbsengroße, klare Bläschen, die sich in den nächsten Tagen vermehrten und über weitere Körpergegenden verbreiteten. Bei der Spitalaufnahme fanden sich am ganzen Körper verstreut erbsen- bis haselnußgroße, gespannte Blasen mit leicht gelblichem oder rötlichem Inhalte, die auf normaler, nicht geröteter Haut standen. Am dichtesten waren die Effloreszenzen an den Unterextremitäten. Einige Blasen waren schon etwas geschrumpft und in Rückbildung begriffen. Es bestand starker Juckreiz und Schlaflosigkeit. In den folgenden Tagen traten noch mehr dieser Blasen auf, die rasch zu Nußgröße heranwuchsen. Nachdem die Nachschübe aufgehört hatten und die Effloreszenzen sich rückzubilden begannen, sah man, daß sich um die oben erwähnten geschrumpften Blasen ein roter Hof ausbildete, der sich rasch vergrößerte. Um diesen, wie auch um andere Blasen entstanden kleine, pralle, in mehreren Reihen kreisförmig angeordnete Bläschen. Das Leiden schritt dann in der erwähnten Weise mit Bildung von erythematösen, manchmal urtikariellen Herden, kreisförmig angeordneten Bläschen vorwärts und belästigte die Kranke durch den intensiven Juckreiz. Im Urin war die Harnsäure vermehrt, Kochsalz vermindert. Die Untersuchung auf Eosinophilie im Blute, Blaseninhalte und Liquor fiel negativ aus. Unter Diät und blander topischer Behandlung hörten die Nachschübe allmählich auf, die Effloreszenzen verschwanden, und die Kranke ist seit zwei Jahren rezidivfrei. Obwohl der Beginn ausschließlich mit Bläschen bei der „dermatite polymorphe douloureuse" von Brocq selten ist, so glaubt der Verfasser doch nach dem weiteren Verlaufe, diese Diagnose stellen zu müssen.

2. Kultur der Gonokokken aus dem zirkulierenden Blute, von Ch. Rey-Lyon. Verfasser bespricht zuerst die verschiedenen Methoden der Gonokokkenzüchtung

Digitized by Google

und beschreibt dann das von ihm geübte Verfahren. Er nimmt sauren Urin von einem normalen Individuum, filtriert, setzt unter Erhitzen 1 % Pepton zu, erhitzt nach nochmaligem Filtrieren abermals durch eine halbe Stunde, filtriert, füllt in die Reagenzgläser (5 ccm) und sterilisiert. Untersucht man Blut, so gibt man etwa 3—4 ccm zu und bringt die Röhrchen sofort in den Brutschrank von 37—38°. Schon am nächsten Tage ist die Flüssigkeit über dem Blutkuchen getrübt, am dritten Tage ist die Trübung sehr stark, und man sieht auf der Oberfläche einen flaumigen weißlichen Schleier, einen ähnlichen auf dem Blutkuchen. In der Flüssigkeit befinden sich zahlreiche weißliche Fäden. Untersucht man mikroskopisch, so sieht man bei schwacher Vergrößerung zahlreiche, in Haufen angeordnete Kokken. Erst bei sehr starker Vergrößerung und guter Beleuchtung erweisen sich diese Kokken als die typischen, kaffeebohnenähnlichen Diplokokkenformen des Gonokokkus. Je älter die Kultur wird, desto kleiner werden die Kokken und der Zwischenraum zwischen ihnen, so daß sie immer schwieriger als Diplokokken zu erkennen sind und man schließlich nur große Kokkenformen sieht. Mit dieser Methode hat Verfasser nun folgende Fälle untersucht: Einen Kranken mit Endocarditis blennorrhoica zweimal mit positivem Erfolg; ein junges Kaninchen, das mit Kultur konjunktival geimpft worden war und an Septikämie starb, ebenfalls mit Erfolg. Hierauf 20 Kranke mit chronischen Blennorrhöen und frischen blennorrhoischen Komplikationen: nur einmal ergab sich negatives Resultat. Verfasser hält dieses Verfahren für äußerst wertvoll in diagnostisch zweifelhaften Fällen.

3. Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Rudolf Krefting-Christiania. Verfasser hat 18 Patienten mit Primäraffekt und negativem Wassermann mit drei intravenösen Injektionen (drei Wochen Intervall) von 0,5—0,6 Salvarsan behandelt. Sechs konnten während eines Jahres beobachtet werden und zeigten nie Erscheinungen, Wassermann blieb negativ. Einer von ihnen hat sich nach einem halben Jahre neu infiziert. Acht weitere Kranke zeigten während eines halben Jahres keine Krankheitssymptome. Ähnlich verhielten sich drei Männer mit Sklerosen und schwach positivem Wassermann. Unter 52 Fällen von primärer oder sekundärer Syphilis mit stark positiver Blutreaktion hatten nur sechs Rezidive. Gute Erfolge sah Verfasser bei Tabes; bei drei Fällen im Beginne kamen die Reflexe wieder. Er hat auch „Neurorezidive" gesehen, beschreibt sie aber nicht näher. Verfasser fand Salvarsan äußerst wirksam, namentlich in frischen Fällen, wo es direkt abortiv wirkt.

7. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilidologie. Blastomykosen, Physikalische Therapie der Hautkrankheiten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. Juli 1912.

Drei Fälle von Sporotrichose, von F. Balzer, Belloir und Lamare. Bei dem ersten Kranken hatte das Leiden typisch als Gumma am linken Vorderarme begonnen, erst bei weiterer Ausbreitung gewann es lupöses oder syphiloides Aussehen. Differentialdiagnostisch wichtig sind die auf Druck sichtbar werdenden miliaren Abszesse und das oft mamellonierte Aussehen der Sporotrichose. Entscheidend ist die Kultur. Die zwei anderen Fälle betreffen Frauen, die eine mit Osteoperiostitis, die andere mit Gummen. Beide waren zuerst erfolglos chirurgisch behandelt worden. Die Verfasser weisen auf die Häufigkeit der Sporotrichose hin und betonen die Notwendigkeit, bei unklaren Eiterungen Kulturen anzulegen.

Sporotrichose mit tiefen intramuskulären Herden, von L. Brocq und May. Der 58jährige Kranke bekam auf der Hinterseite des rechten Oberschenkels einen

Digitized by Google

Knoten, der langsam wuchs und schließlich aufbrach. Ihm folgten bald andere, die denselben Verlauf nahmen. Es wurde die, durch Kultur bestätigte, Diagnose auf Sporotrichose gestellt und durch Jodkalium rasche Heilung erzielt. Nach zwei Monaten brach der erste Herd wieder auf, und es folgten neue. Man fand Narben und fünf dunkelrote fistulöse Knoten, die auf einer diffusen Infiltration saßen, die fast die ganze Außenseite des Oberschenkels einnahm. Mit der Sonde erkannte man zwei intramuskulär gelegene Hauptherde, von denen einer am Femur lag, ohne daß aber dieser ergriffen war. Durch intensive Jodbehandlung wurde nur Besserung erzielt.

Ausgedehnte Zerstörung des Schädelknochens nach einer Verbrennung, von L. Brocq, Fernet und Françon. Die jetzt 26jährige Patientin war als zweijähriges Kind mit dem Kopfe in ein Feuer gefallen. Am folgenden Tage soll ein Knochenstück abgegangen sein und es bildete sich eine große eiternde Wunde, aus der sich öfter Knochensequester abstießen und die erst nach 13 Jahren heilte. Nach 12 Jahren brach die Stelle nach einer irritierenden Kopfwaschung wieder auf und vergrößerte sich rasch. Es fand sich bei der Aufnahme ein 13 : 12 cm großer Knochendefekt, der den größten Teil des Scheitelbeines, Teile des Keil-, Stirn- und Schläfenbeines betraf. Die Ränder sind verdickt, polyzyklisch, erhaben, unterminiert; der Grund stark eitrig belegt, pulsierend. Wassermann zweimal negativ. Trotzdem sprechen sich mehrere Verfasser in der Diskussion für eine hereditärsyphilitische Genese aus.

Hautatrophie und Lupus erythematosus, von Belot und Fage. Die 39jährige Kranke, die in der Kindheit tuberkulöse Drüsenschwellungen, später einen Lupus erythematosus gehabt hatte, bemerkte vor fünf Jahren am rechten Vorderarme einen bläulichroten Fleck, der seine Farbe veränderte, krustös wurde und im Laufe eines Jahres atrophisches Aussehen gewann. Ihm folgten mehrere andere. Es fanden sich an den Armen, besonders rechts, am Stamme und den Nates unregelmäßige, bläulichrote, oft perlmutterartige Flecke mit geringer Infiltration. Bemerkenswert ist, daß sich die Effloreszenzen durch vage Schmerzen ankündigten, zeitweise spontan schmerzhaft und stets druckschmerzhaft sind. Das Zusammentreffen mit früheren tuberkulösen Erscheinungen und Lupus erythematosus erscheint den Verfassern in ätiologischer Hinsicht wichtig.

Rezidivierende Duhringsche Krankheit mit Symblepharon und Blindheit, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Ein Kranker, der schon vor drei Jahren von Balzer vorgestellt worden war. Das Leiden hatte nach einer kräftigen Einreibung mit Quecksilbersalbe begonnen und war mit Pemphigus der Bindehaut kompliziert gewesen. Seither hatte der Kranke mehrere Eruptionen, die mit Temperatursteigerung begannen, die Mundhöhle befielen, von Albuminurie und Verminderung der Harnmenge begleitet waren. Doch zeigten die Nachschübe abnehmende Intensität. Bei der Aufnahme fanden sich nur wenige Effloreszenzen, hauptsächlich Narben; diese auch im Munde. An den Augen bestand beiderseits starkes Symblepharon, Xerose der Konjunktiva, und ein Kornealleukom, das fast völlige Blindheit verursachte, so daß der Kranke nur Licht und Dunkel unterscheiden kann.

Ekzem des Gesichts und Conjunctivitis ekzematosa nach Chinin, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Ein Malariakranker nahm, als er einen Anfall kommen fühlte, Chinin. Tags darauf bestand Ekzem im Gesichte und heftige Blepharo-Conjunctivitis ekzematosa. Die Lider waren geschwollen, die Konjunktiven iniziert, Ödem, Bläschenbildung, Tränen. Die Erscheinungen gingen rasch vorüber. Der Kranke berichtete, daß nach Chiningebrauch stets die Augenerscheinungen auftraten, so daß auch stellenweise die Zilien ausgefallen sind.

Digitized by Google

Kongenitaler Pemphigus mit Epidermiszysten, von Heulz. Der 17jährige Patient hatte seit seiner Geburt an Blaseneruptionen gelitten, die auf den geringsten Anstoß hin erfolgten. Man sieht zahlreiche Narben, an den Ohren, im Gesicht und am Stamme. Der Mund kann nur schwer geöffnet, die Zunge nicht vorgestreckt werden; die Nasenschleimhaut ist atrophisch, die Nasenlöcher verengt. Ferner sieht man stecknadelkopfgroße, milienähnliche, weißliche Körner. Die Hände sind durch Narbenbildung hochgradig deformiert.

Intradermale Lymphozele, von L. Spillmann und L. Bopps. Eine Frau mit Blennorrhöe und latenter Lues hatte in der Vulvoanalregion einen verrukösen Tumor, mit kleinen, perlartigen, rosafarbenen Bläschen; der Tumor ist leicht zusammendrückbar und nässend. Histologisch fanden sich die zentralen Lymphgefäße in verschiedenem Grade erweitert. Die Epidermis ist verdünnt, die Kutis infiltriert und zeigt entzündliche Veränderungen der Lymphgefäße. Es handelt sich um eine Lymphozele, nicht um ein Lymphangioma circumscriptum. Ätiologisch kommt vielleicht die Lues in Betracht.

Syphilitischer Primäraffekt der Nase, von Gaucher, Giroux und Ickball. Ein Mann hatte am Übergange vom rechten Nasenflügel zum Septum mobile einen 50 Centimesstück großen typischen Primäraffekt, submaxillare Drüsenschwellung und sekundäre Erscheinungen. Der Schanker war vorher verkannt worden.

Enormer Primäraffekt der Oberlippe, von H. Hallopeau und François-Dainville. Die Kranke hatte rechts auf der Oberlippe ein über 2 Franken großes Geschwür, das bis an den Nasenflügel reichte, ohne ihn aber zu befallen. Der Rand war daher gekerbt, die Basis mäßig induriert. Submaxillare Drüsenschwellung. Infektion durch Kuß.

Syphilitische Primäraffekte der Hand, von Milian. Ein Mann führte beim Koitus den (mit Präservativ versehenen) Penis mit der linken Hand ein. Er akquirierte am Daumen dorsal an der ersten Phalange und am Zeigefinger lateral an der zweiten Phalange je eine Sklerose. Das Genitale blieb intakt.

Ostitis des Unterkiefers bei einem Tabetiker, von Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc. Ein 50jähriger Mann verlor plötzlich alle Zähne des Oberkiefers, worauf sich auch Stücke des Alveolarfortsatzes abstießen. $1^1/_2$ Jahre später bekam er im Unterkiefer links heftige Schmerzen; es entstand eine Entzündung des Knochens, die zur Bildung und Abstoßung eines großen Sequesters führte. Gleichzeitig wurden die ausgesprochenen Symptome einer Tabes entdeckt.

Intramuskuläre Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan in Öl, von F. Balzer. Verfasser hat eine große Zahl von Kranken mit den erwähnten Injektionen behandelt. Die Behandlung ist nicht unbequemer als mit Quecksilberinjektionen. Doch muß sie sorgfältig überwacht werden und die Kranken müssen vorher genau untersucht sein. Der therapeutische Effekt war stets hinreichend, so daß nicht zu höheren Dosen oder anderen Behandlungsmethoden gegriffen werden mußte. Verfasser meint, daß die Ölemulsion von Neosalvarsan weniger gefährlich sei, als die intravenös injizierte Lösung.

Die Heilwirkung der Quecksilbereinreibungen in der Syphilisbehandlung, von X. v. Watraszewski. In einem längeren, ausführlichen Vortrage weist der Verfasser darauf hin, daß die Einreibungen mit Quecksilbersalbe zu Unrecht jetzt so verschmäht werden. Denn sie sind von ganz ausgezeichneter Heilwirkung; nur müssen sie lege artis ausgeführt werden.

Hämoglobinurie nach Anwendung von destilliertem Wasser als Lösungsmittel von Salvarsan, von Milian. Ein Kranker mit syphilitischen Aortenveränderungen erhielt drei Injektionen von Neosalvarsan in destilliertem Wasser. Bei der

Digitized by Google

letzten waren irrtümlich außerdem 40 ccm Wasser infundiert worden. Nach einer Stunde heftige Nierenschmerzen, Schüttelfrost, Delirien und Entleerung von blutigem Urin. In diesem fanden sich keine Erythrozyten, nur Hämoglobin. Nach zwei Tagen waren die Erscheinungen völlig verschwunden. Eine weitere Injektion von Neosalvarsan in 4 ‰ Kochsalzlösung wurde anstandslos vertragen. Die Hämoglobinurie kann nur infolge Hämolyse durch das destillierte Wasser entstanden sein.

Fall von hereditärer Syphilis, von Gaucher, Meaux Saint-Marc und Bourdeaux. Ein 12jähriges Mädchen, Tochter einer syphilitischen Mutter, hat vorspringende Stirnhöcker, beiderseitige Keratitis interstitialis, zahlreiche fissuräre Narben um den Mund und Veränderungen der Zähne nach Hutchinson.

Todesfall nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von Troisfontaines-Lüttich. Eine 24jährige, sonst gesunde Patientin bekam wegen sekundärer Syphilis 2 × 0,5 Salvarsan (acht Tage Intervall) und dazwischen zwei Injektionen von grauem Öl. Nach der zweiten Salvarsaninjektion trat heftiges Erbrechen, später Kopfschmerzen und leichte Verworrenheit auf. Am zweiten Tage Schwindel und epileptiforme Anfälle; am dritten Tage völlige Bewußtlosigkeit, Krämpfe, Incontinentia urinae et alvi, Opisthotonus, Nackensteifigkeit, Enge der Pupillen, Zyanose. Im Kollaps erfolgte der Tod. Die Sektion ergab starke Kongestion des Zentralnervensystems. Histologisch fanden sich in den Nieren feine Fettkörnchen in den Glomerulis und Nekrosen des Epithels der Harnkanälchen.

Wirkung des Salvarsans auf die Schmerzen bei Tabes, von Lebredde. An der Hand von Beobachtungen zeigt der Verfasser, daß Salvarsan und Neosalvarsan eine unleugbare Heilwirkung auf die schmerzhaften Symptome bei Tabes haben. Deshalb soll man auf alle Narkotika verzichten und nur Antisyphilitika verwenden und zwar speziell Salvarsan, das besser wirkt als Quecksilber.

Statistik der mit Neosalvarsan behandelten Syphilisfälle, von L. Brocq, Fernet und Françon. Die Verfasser injizieren 3 × 0,45 Neosalvarsan in wöchentlichen Intervallen. Die kurative Wirkung war ausgezeichnet, die verabreichte Dosis hinreichend. Gegen Salvarsan ist die leichte Löslichkeit und die geringe Menge der injizierten Flüssigkeitsmenge hervorzuheben. Schwere Zufälle wurden nicht beobachtet. Doch sind die Verfasser unbedingt dafür, daß an die Injektionen eine intensive Quecksilberkur angeschlossen werde.

Therapeutische Resultate von 100 Neosalvarsaninjektionen, von L. Spillmann und Boulangier. Neosalvarsan ist, ähnlich wie Salvarsan, außerordentlich wirksam im primären Stadium der Syphilis, weniger in den späteren. Die Technik ist aber leichter und die Nebenerscheinungen sind geringer.

Neosalvarsan, von J. Darier und Edm. Libert. Neosalvarsan ist leichter anzuwenden als Salvarsan, doch müssen bei der Infusion verschiedene Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden. In $^3/_4$ der Fälle folgen keine Nebenerscheinungen, in $^1/_4$ nur leichte und vorübergehende. Dennoch sollen die Kranken am Tage der Injektion unter Beobachtung bleiben. Der kurative Effekt ist kaum geringer wie bei Salvarsan.

Einlaufgeschwindigkeit und Puls bei Salvarsaninjektionen, von Milian und Sauphar. Jede intravenöse Salvarsaninjektion ist von einer Pulsverlangsamung gefolgt, doch bleibt diese meist klinisch ohne Erscheinungen. Läuft aber die Lösung zu rasch ein, so entsteht Angstgefühl, Beengung und Neigung zu Synkope. Wenn man die Infusion unterbricht und dann nur mit einer Geschwindigkeit von 0,1 in drei Minuten wieder aufnimmt, bleiben die übeln Erscheinungen aus.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. 16, Nr. 7.

Hämaturie, von J. Sevift Joly-London. Klinische Studie.

Fall von Elephantiasis scroti, von Cleveland Ferris-New York. Als Ursache des Leidens kam ein Trauma in Betracht. Umschläge mit Phenol-Pulvis exciccans-Glycerin-Aqu. Calcis waren von guter Wirkung gegen die juckende Dermatitis scroti.

Intramuskuläre Injektionen von Natrium cacodylicum bei Psoriasis und Lichen planus, von James W. Wiltse-Albany. Bericht von guten Erfolgen; zur Injektion bediene man sich langer Nadeln, um die Lösung in das Muskelgewebe zu bringen, und vermeide die Sakralnerven.

Einfache Behandlung von Hautgeschwüren, von Benjamin F. Ochs-New York. Der Verf. bestreut Beingeschwüre dick mit Zinkoxydpuder, legt Gaze darüber und läßt über diese fortgesetzt Umschläge mit gesättigter Borsäurelösung machen; unter dieser Behandlung sah er völlige, dauernde Heilung in 5—10 Wochen eintreten.

Hygrom des Testikels, von Charles Melvin Herpster-Toledo. Kasuistik.

Röntgenstrahlen bei der Differentialdiagnose zwischen Gumma und Osteosarkom, von Frederik J. Shoop-Brooklyn. Bei einem 45jährigen Mann war ein Osteosarkom des Radius festgestellt worden. Vor der beabsichtigten Operation wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, aus der deutlich die syphilitische Natur des Leidens hervorging. Unter antisyphilitischer Behandlung erfolgte Heilung.

Vier Fälle von Pemphigus foliaceus, von Henry C. Baum-Syracuse. Kasuistik. B. gab Bäder mit Lysol 1 : 10000, austrocknende Puderverbände und innerlich Arsenik und Strychnin mit gutem Erfolge.

Die Vakzinebehandlung des Erysipels, von W. H. Watters-Boston. Gute Erfolge, namentlich bei schweren Fällen.

Ureterensteine, von Robert C. Bryan-Richmond. Klinische Studie und Bericht von 10 Krankheitsfällen.

Schourp-Danzig.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Heft 6, Juni 1912.

1. Über die Behandlung, Heilung und Rezidive der Syphilis, von K. Sakurane-Osaka. Die meist unvollkommene Heilung der Syphilis nach der Behandlung mit Quecksilber dürfte mehr auf die ungenügende Dosis, die zur Anwendung kommt, als auf die schwache Wirkung des Mittels zurückzuführen sein. Wie unvollständig die Kuren meist durchgeführt werden, geht aus der Statistik des Verf. hervor, daß unter 586 Syphiliskranken 43% solche sind, welche schon nach 1—5 Injektionen nicht mehr wiederkamen und nur 7,2%, welche mehr als 30 Einspritzungen aushielten. Andererseits bleiben Rezidive auch nach Salvarsan nicht aus, wenn auch einzelne Fälle $1^1/_2$ Jahr lang negativen Wassermann behalten haben. Verf. spricht sich für die kombinierte Anwendung von Salvarsan und Quecksilber aus.

3. Über Salvarsaninjektionen bei Syphilis, von Sh. Matsumoto-Kyoto. Auf Grund seiner Erfahrungen mit Salvarsan bei 756 Syphiliskranken macht der Verf. folgende Bemerkungen: 1. am sichersten wirkt das Salvarsan im Initialstadium der Syphilis; 2. bei der Behandlung der sekundären Syphilis hat der Verf. 10% von Rezidiven zu verzeichnen, was wohl auf ungenügende Dosis von Salvarsan zurückzuführen sei; 3. auch im tertiären Stadium kommen nicht selten Rückfälle vor, wobei die Lokalisation des Krankenprozesses eine gewisse Rolle zu spielen scheint, indem die Knochensyphilis

Digitized by Google

häufiger rezidiviert als die Hautgummata; 4. in keinem Falle von Parasyphilis hatte die Salvarsaninjektion nennenswerte Erfolge.

3. Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung der Syphilis (2. Mitteilung), von K. Sakurane, S. Okugawa und T. Kuboyama-Osaka. 509 Fälle, die teilweise wiederholt injiziert wurden; die Erfahrungen weichen von anderen nicht ab. Die Verf. halten ebenfalls die Kombination von Salvarsan und Quecksilber für die wirksamste Methode.

4. Über die Resultate der Salvarsananwendung im Marinespital zu Kure, von M. Miyahara. Die Erfahrungen von 204 Fällen bringen nichts Neues; als Neurorezidive kam je ein Fall von Iridochorioiditis und Retinitis vor.

5. Salvarsan gegen Initialsklerose, von Sh. Koho-Fukuako. Zwei Fällen von Ulcus durum mit positivem Spirochätennachweis folgten trotz wiederholter Salvarsaneinspritzungen sekundäre Symptome.

6. Über die Temperatursteigerung nach intravenösen Injektionen von Salvarsan, von G. Inouye-Kyoto. Das Stadium der Syphilis, eine Idiosynkrasie der betreffenden Patienten und ähnliches sind mehr in Erwägung zu ziehen als die Art der Lösung.

7. Über die Nebenwirkungen bei intravenöser Salvarsaninjektion, von F. Kitagawa-Nagoya. Auch K. hat trotz strengster Beachtung der Aseptik und trotz stets frischer Zubereitung physiologischer Kochsalzlösung häufig Temperatursteigerungen gesehen, für die er vorläufig keine Erklärung geben kann.

8. Weiteres über die Salvarsantherapie in unserer Universitätsklinik, von K. Dohi, S. Watanabe und A. Nakajima-Tokio. Statistik über 632 Kranke.

9. Ein Fall von Leiomyositis cutis (Dermatomyositis) parenchymatosa chronica primaria, von K. Sakurane-Osaka. Einem 55jährigen Manne, bei dem sich seit etwa 8 Jahren derbe Indurationen hie und da in der Genitofemoral- und Gesäßgegend entwickelten, anfallsweise von Frösteln und leichtem Fieber begleitet, wurde in loco ein Hautstückchen ausgeschnitten. Aus dem mikroskopischen Befunde von fettiger Degeneration der glatten Muskelzellen wurde die Diagnose festgestellt.

Klinisch sei noch hinzugefügt, daß bei dem Patienten zeitweise dumpfe, stechende oder ziehende Schmerzen nebst Hautödem und Zyanose an verschiedenen Körperteilen aufzutreten pflegten.

10. Über Neosalvarsan, von K. Dohi und S. Watanabe-Tokio. Die Erfahrungen der Verf. entsprechen im großen und ganzen denjenigen beim Salvarsan. Die Vorzüge des Neosalvarsans liegen in der Einfachheit der Zubereitung, der geringeren Giftigkeit und der bequemeren Anwendung größerer Dosen.

11. Xeroderma pigmentosum cum carcinoma et cornu cutaneum, von K. Dohi und H. Kodha. Kasuistik.

12. Ein Fall von Cornu cutaneum, von S. Matsumoto-Korea. Bei einem 54jährigen koreanischen Bauern zeigte sich in seinem 20. Lebensjahre ein bohnengroßer, harter verschiebbarer Tumor auf der rechten Wange, der in seinem 30. Jahre nach außen durchbrach und allmählich bis zu gegenwärtiger Zahl (etwa 10) und Größe zugenommen hat.

Diese Tumoren wurden in der letzten Zeit vom Verf. exstirpiert.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 8, August 1912.

1. Über den Cholesteringehalt des Blutserums Syphilitischer, von Gaucher und Desmoulière-Paris. Die Verfasser haben eine Reihe Versuche vorgenommen,

Digitized by Google

Cholesterin als Antigen zu benutzen, haben aber die Nutzlosigkeit ihrer Bemühungen einsehen müssen. Es hat sich herausgestellt, daß zwischen dem Cholesteringehalt des Blutserums und dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion kein Parallelismus existiert. Ebenso ist die Behandlung mit Quecksilber oder Arsen auf den Cholesteringehalt nicht von nachweisbarem Einfluß gewesen. Dagegen scheint eine Beziehung zu dem Alter der Syphilis zu bestehen, da bei langbestehender Syphilis fast regelmäßig eine Hypercholesterinämie nachgewiesen wurde.

2. Syphilis des Gatten übertragen auf die Frau, von Rizat. Aus der Krankengeschichte geht der günstige Einfluß sachgemäßer Behandlung auf die Nachkommenschaft hervor. Im ersten Jahre ihrer Syphilis gebar die Frau, die intensiv und intermittierend behandelt wurde, ein vollkommen gesundes Kind, das in den 14 Jahren, in denen es unter ärztlicher Beobachtung stand, auch vollkommen gesund blieb. Da die Frau keinerlei Erscheinungen mehr bekam, vernachlässigte sie ihre Behandlung vollkommen und bekam vier Jahre später einen syphilitischen Knaben mit Pemphigus syphiliticus und papulo-pustulösem Ausschlag. W. Lehmann-Stettin.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 2, Nr. 1, 15. Juli 1912.

1. Giftigkeit von Extrakten aus der hypertrophischen Prostata, von F. Legueu und B. Gaillardot. Die Verfasser wollen mit ihren Versuchen der Frage näher treten, ob die hypertrophische Prostata bloß als mechanisches Hindernis wirke, oder ob sie auch Stoffe absondere, die giftig auf den ganzen Organismus wirken. Sie haben daher Hunden Prostataextrakte injiziert, und zwar nahmen sie hypertrophische Prostata vom Menschen und Hunde, normale Prostata vom Hunde und Pferde, ein Uterusfibrom und ein Brustdrüsenadenom. Der Extrakt von hypertrophischer Prostata des Menschen und des Hundes zeigten große, allerdings in der Intensität variierende Giftigkeit. Das hervorstechendste Symptom war eine beträchtliche Blutdrucksenkung, die in 5 Fällen, bei 0.5 bis 1,0 pro Kilogramm, tödlich war. Ferner zeigten sich Atemstörungen, Beschleunigung und Verlangsamung, Verlangsamung des Herzschlages, doch waren diese Erscheinungen weniger konstant und ausgeprägt. Die normale Prostata des Hundes bewirkte meistens eine Pulsverlangsamung und geringe, vorübergehende Blutdrucksenkung, aber nie schwere Erscheinungen. Die Injektion von Prostataextrakt des Pferdes verursachte nur einmal bei Wiederholung Drucksteigerung; sonst wirkte er wie der des Hundes. Die beiden Tumoren erwiesen sich nicht als giftig. Die Verfasser glauben auf Grund ihrer Versuche, daß mit der Enukleation der hypertrophischen Prostata nicht nur ein mechanisches Hindernis, sondern auch ein giftproduzierender Körper entfernt werde.

3. Die absteigende Infektion der Harnwege beim Typhus, von A. Lemierre und P. Abrami. Der Nachweis von Typhusbazillen im Urin ist ein verhältnismäßig häufiges Vorkommnis, und sicherlich sind die Harnwege öfter affiziert, als bekannt, da manchmal nur wenige Bazillen im Harne vorhanden sind. Die Ausscheidung der Bazillen durch die Nieren scheint den Verfassern stets für eine Schädigung der letzteren zu sprechen. Die Nieren können klinisch vollkommen gesund sein, es brauchen bloß anatomisch minimale Läsionen vorhanden zu sein, wie sie die Verfasser bei analogen Versuchen histologisch in Form kleiner Leukozytenhaufen in der Rinde gefunden haben. Die Bazillenausscheidung kann schon mit der Roseola beginnen, meist tritt sie aber erst einige Tage später, ev. nach dem Temperaturabfall, auf. Es wurde ihr Beginn auch erst einige Wochen nach der Heilung des Typhus beobachtet, doch ist es wahrscheinlich, daß schon früher Bazillen in geringen Mengen im Harne vorhanden waren, aber erst durch eine Gelegenheitsursache zur Vermehrung gebracht wurden. Wichtig ist

Digitized by Google

aber die lange Dauer der Bazillenausscheidung, die sich auf Jahre hinaus erstrecken kann. Die Bakteriurie kann ohne Erscheinungen von seiten des uropoetischen Systems vor sich gehen, ebenso häufig kann sie auch Entzündungen erregen. Am bekanntesten von diesen ist die Cystitis typhosa. Sie dokumentiert sich durch die gewöhnlichen Symptome des Blasenkatarrhs, kann aber auch ohne funktionelle Störungen einhergehen. Häufig zeigt sie Neigung, chronisch zu werden. Die wichtigste Seite dieser Typhusbazillenausscheidung durch den Harn liegt aber darin, daß durch diese anscheinend gesunden Leute massenhaft Krankheitskeime in die Außenwelt gelangen und zu weiteren Infektionen Anlaß geben können. Deshalb muß jeder Typhuskranke, auch wenn er keine Erscheinungen von seiten der Harnwege hat, auf das sorgfältigste überwacht und sein Urin untersucht werden; diese Beobachtung muß sich auch noch auf Wochen nach der Heilung erstrecken. Das beste Mittel gegen typhöse Bakteriurie ist Urotropin; in chronischen Fällen sind Blasenspülungen anzuwenden.

3. Zystoskopie bei Prostatahypertrophie, von G. Marion. Der Verfasser gibt eine ausführliche, durch Bilder veranschaulichte, Beschreibung der zystoskopischen Befunde bei Prostatahypertrophie. Die Zystoskopie darf bei diesem Leiden nicht vernachlässigt werden, auch in Fällen, wo die Diagnose klar ist, denn sie kann Einzelheiten zeigen, die sonst nicht zu erheben sind. In unklaren Fällen kann sie die Diagnose sichern. Die Zystoskopie kann aber für den Kranken verschiedene Beschwerden und unangenehme Folgen haben, und man muß daher noch mehr wie bei normal funktionierenden Blasen die gebotenen Vorsichtsmaßregeln aufs peinlichste beobachten. Auch soll man keinen Prostatiker zystoskopieren, den man nicht nachher ins Bett legen und beobachten kann, da manchmal erst später heftige Blutungen auftreten.

4. Miktionsstörungen in der Geburtshilfe, von Alexandre Guldjoglou. In einer längeren eingehenden Arbeit bespricht der Verfasser die Schädigungen, die die Miktion durch die Schwangerschaft erleiden kann. Er streift kurz das Historische, sowie Anatomie und Physiologie der weiblichen Urethra. Dann behandelt er die Veränderungen der Urethra und der Miktion durch den graviden Uterus; die Urethra wird in die Länge gezogen und ödematös; es kann Urinretention oder Inkontinenz eintreten. Das nächste Kapitel enthält die Destruktionen der Harnröhre durch die Entbindung, und das folgende, ausführliche, die operativen Methoden zur Wiederherstellung der Urethra und Beseitigung der Miktionsstörungen. Der Verfasser ermahnt eindringlichst, den geringsten Harnbeschwerden während der Schwangerschaft Beachtung zu schenken und sie zu beseitigen, sowie während der Geburt einen allzu lange anhaltenden Druck des Kopfes der Frucht auf die Harnröhre hintanzuhalten.

5. Hydronephrose mit intermittierender Retention, von Raymond Grégoire. Eine 29jährige Patientin hatte zu wiederholten Malen heftige Schmerzanfälle in der linken Bauchseite; es konnte nichts gefunden werden, später wurde ein ballotierender Tumor in der Nierengegend entdeckt. Bei der Operation fand man an einer gelappten Niere ein erweitertes Becken, an dessen Hinterfläche ein großer Ast der Nierenarterie vorbeizog. Der Ureter entsprang unterhalb letzterem aus dem Becken, schlang sich aber nach oben um ihn herum. Verfasser glaubt, daß es sich um eine kongenitale Erweiterung des Nierenbeckens handelte; füllte es sich, wurde der Ureterabgang nach unten, unter die Arterie, gezogen und dadurch komprimiert. Er schnitt den Ureter an seinem Austritte ab und implantierte ihn unterhalb des Gefäßes. Die Patientin ist seither beschwerdefrei.

6. Ruptur des Penis und der Urethra, von J. Gh. Tanasesco. Ein Mann hatte sich durch einen Schuß die Hoden, den Penis und die Urethra zum großen Teile zertrümmert. Die Hoden mußten entfernt werden. Die Urethra, deren Defekt 6 cm

Digitized by Google

betrug, konnte dadurch vereinigt werden, daß der Penis an seiner Wurzel nach unten luxiert wurde. Die Defekte der Schwellkörper und der Haut wurden plastisch behoben. Die Miktion wurde völlig hergestellt.

7. Neoplasma der Niere mit einem interkurrierenden Gichtanfalle, von PILLET-Rouen. Ein 58jähriger Mann litt seit 4 Monaten an Schmerzen in der linken Nierengegend und Hämaturie. Die Diagnose eines Tumors war nach der Untersuchung sehr zweifelhaft und wurde um so unwahrscheinlicher, da der Patient einen typischen Gichtanfall bekam. Es wurde an einen Stein gedacht. In dem durch Ureterenkatheterismus gewonnenen Urin fanden sich Epithelzellen, und es wurde daher operativ eingegangen. Man fand ein Epitheliom der Vorderseite. Nephrektomie. Der Kranke starb an hämorrhagischer Pleuritis.

Nr. 2, 15. August 1912.

1. Chirurgische Behandlung der Nierensteine, von ALF. POUSSON. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Die Rolle der Leber bei der Entstehung der Hämaturie, von GERMAIN ROQUE und JOSEPH CHALIER. Im Verlaufe von Nephritiden kommen häufig Blutungen vor, deren Entstehung teils aus den verschiedensten Ursachen (gesteigerter Blutdruck usw.) erklärt wird, teils aber unbekannt ist. In der neueren Zeit hat sich nun allmählich die Anschauung Bahn gebrochen, daß bei letzteren, den sogenannten essentiellen Hämaturien, die Leber eine ätiologische Rolle spiele. Denn es ist eine Tatsache der klinischen und experimentellen Erfahrung, daß die Leber einerseits einen gewissen Einfluß auf die Zirkulation in der Niere und andererseits auf die Gerinnungsfähigkeit des Blutes hat. Die Verfasser bringen nun die Krankengeschichte eines Mannes, der seit einigen Wochen an Hämaturie litt, für die keinerlei Ursache gefunden wurde. Erst im weiteren Verlaufe des Leidens zeigte sich, daß es sich um eine schleichende Nephritis handelte. Dieser Mann, ehemals Malariakranker und notorischer Säufer, hatte eine große, druckempfindliche Leber, und auch die Harnuntersuchung sprach, besonders durch die reichliche Ammoniakausscheidung, für eine Affektion dieses Organs. Diese Lebererkrankung wurde als Ursache der Hämaturie angesehen. Tatsächlich ließ diese nach, je geringer unter der Behandlung der Umfang der Leber und die Ammoniakausscheidung wurde.

3. Der Einfluß des Harnstoffes auf die Nierensekretion bei Oligurie, von G. PICOT. Verfasser hat bei 2 Kranken in Urämie mit der Verabreichung von Harnstoff Hebung der Diurese und damit Besserung des Allgemeinbefindens erzielt, ja er konnte bei einem dritten, fast moribunden, den tödlichen Ausgang verhindern. Diese Erfahrungen werfen auch ein gewisses Licht auf die pathologische Physiologie der Urämie. Sie sprechen nämlich zugunsten der Annahme, daß nicht der Harnstoff, sondern verschiedene Azokörper die Urämie verursachen. Besonders sprach dafür die eine Beobachtung, wo bei einem Patienten nach der Einnahme von Harnstoff sich die Menge des letzteren im Blute nicht verminderte, wo aber Diurese und damit Besserung des Zustandes auftrat. Die Körper, die die verschiedenen Symptome, wie Dyspnöe, Somnolenz usw., hervorrufen, bewirken offenbar auch die Oligurie. Es scheint ein gewisser Antagonismus zwischen der die Diurese befördernden Wirkung des Harnstoffs im Blute und den die Diurese hemmenden Eigenschaften obengenannter Körper zu bestehen. Erhöht man nun den Harnstoffgehalt des Blutes, tritt die diuretische, befreiende Wirkung in den Vordergrund.

4. Untersuchungen über die provozierte Diurese, von PROSPER MERKLEN. Verfasser hat bei verschiedenen Kranken die Harnausscheidung im Liegen und Stehen bei experimenteller Diurese studiert. Er findet, daß bei letzterer ein großer Unter-

Digitized by Google

schied zwischen den Urinmengen im Liegen und Stehen auf eine Störung der Herztätigkeit oder wenigstens auf eine extrarenale Ursache der mangelhaften Ausscheidung hinweist. Die Neigung zum Ausgleich zwischen den beiden Urinmengen spricht aber für Nierensklerose.

5. Diplokokkurie und Phosphaturie, von Aubeille und Renaud-Badet. Ein 32jähriger Mann, früherer Blennorrhoiker, litt an Zystitis und leichter Prostatitis, wozu sich eine ausgesprochene Phosphaturie gesellte, die durch eine intensive Behandlung mit kolloidalen Phosphaten geheilt wurde. Nebenbei zeigte der Kranke auch Ausscheidung von Diplokokken im Urin, die durch keinerlei Behandlung zu bekämpfen war. Erst durch Anwendung einer Wrightschen Vakzine konnte sie geheilt werden.

6. Papilläres Epitheliom des Nierenbeckens, von E. Jeanbrau und E. Etienne-Montpellier. Ein 58jähriger Mann litt seit 15 Jahren an Hämaturie, welche in letzter Zeit sehr stark geworden war. Es wurde die Diagnose auf ein Neoplasma gestellt und die Niere exstirpiert. Es fand sich an der Hinterwand des Nierenbeckens ein kleinhühnereigroßer, blumenkohlartiger Tumor, der sich histologisch als papilläres Epitheliom erwies. Die Operationsfolgen waren normal, Patient ist seit einem Jahre rezidivfrei. Da der Verlauf des Leidens sich auf 15 Jahre erstreckte ohne den Allgemeinzustand zu berühren, meinen die Verfasser, daß der Tumor sich in 2 Phasen entwickelte. Zuerst war es ein benignes Papillom, das später epitheliomatös ausartete. Diese Beobachtung zeigt auch die Notwendigkeit, benigne, papillomatöse Tumoren frühzeitig zu entfernen.

7. Endoskopische Untersuchung der Urethra, von Georges Luys. Zusammenfassende Übersicht der urethroskopischen Technik, sowie der endoskopisch zu erhebenden Befunde. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

8. Einige Modifikationen des Luysschen Urethroskops, von G. li Vieghi-Neapel. Verfasser schlägt auf Grund seiner Erfahrungen vor, daß das Luyssche urethroskopische Instrumentarium noch folgendes enthält: 17 cm lange Tuben für die hintere Harnröhre, von Nr. 40 Béniqué aufwärts. Vollmandrins mit einer Schraubenwindung am unteren Ende, welche an eine Béniquésche Leitsonde paßt. Sehr feine stählerne Tamponträger, welche oben umgebogen sind, unten eine dreieckige Fläche zur Aufnahme der Watte tragen. Schließlich Leitsonden mit verschiedenem unterem Ende.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Juli 1912.

1. Impotenz und ihre Behandlung, von René le Fur-Paris. Der Verfasser tadelt, daß in Frankreich die Frage der Impotenz zu wenig wissenschaftliches Interesse finde; deshalb gibt er in Form eines Vortrages eine Übersicht über die wichtigsten diesbezüglichen Einzelheiten. Als Impotenz betrachtet er nur die Unmöglichkeit des Geschlechtsverkehres bei normalen Genitalien; diese kommt nur beim Manne vor; beim Weibe äußert sich höchstens eine gewisse Frigidität. Die Impotenz kommt vor: 1. bei organischen Nervenleiden, 2. bei Neurosen, 3. bei Erkrankungen des Urogenitaltraktes, 4. bei Stoffwechselleiden, 5. bei Veränderungen des Geschlechtstriebes und 6. als essentielles Leiden. Ad. 1 ist vor allem die multiple Sklerose, Tabes und Paralyse zu erwähnen; bei letzteren Erkrankungen alterniert die Impotenz oft mit hochgradigem Priapismus. Von Neurosen kommen außer der Hysterie hauptsächlich Neurasthenie und Psychasthenie in Betracht, doch ist die Art der Impotenz bei beiden verschieden. Der Neurastheniker wird durch den Geschlechtsverkehr stark ermüdet, und dieser Umstand bringt ihn zur Impotenz. Der Psychastheniker ist nur in einem Punkte impotent; es müssen gewisse Bedingungen (Kleidung, Tageszeit usw.) erfüllt sein, damit

Digitized by Google

er den Koitus ausüben kann. Die Genitalleiden, die, meist auf dem Umwege über die sexuelle Neurasthenie, Impotenz herbeiführen, sind die chronische Blennorrhöe und Prostatitis, Harnröhrenstrikturen und die Erkrankungen des samenbereitenden Apparates. Doch ist bei letzteren Impotenz nicht regelmäßig, da auch Fälle vorkommen, wo bei Entfernung der Hoden nach Pubertät die Potenz völlig erhalten bleibt. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Prostatakrebs, von L. Thévenot-Lyon. Ein 70jähriger Mann hat seit zwei Monaten Urinbeschwerden und kommt wegen Retention zur Behandlung. Es wurde auf Grund der Untersuchung ein maligner Tumor angenommen und die Prostata entfernt. Bald jedoch erfolgte ein Rezidiv. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt: die Drüsenschläuche waren vermehrt, ihr Epithel proliferiert. In diagnostischer Hinsicht wertvoll sind folgende Punkte: Hämaturie und rasche Entwicklung der Dysurie; Verminderung der Elastizität der Prostata, ev. eingelagerte harte Knoten, undeutliche Begrenzung und mangelnde Beweglichkeit des Organs; zystoskopisch höckerige Beschaffenheit der Oberfläche. Mangelnde Heilungstendenz oder Wiederaufbrechen der Wunde sprechen ebenfalls für ein malignes Neoplasma.

3. Prostatektomie wegen Prostatakrebs, Heilung seit 27 Monaten, von Leriche-Lyon. Der Kranke war ganz im Beginne des Leidens operiert worden. Histologisch fand sich ein wahres Epitheliom. Nach der Operation hat sich kein Rezidiv gezeigt.

4. Traumatische Ruptur der Urethra, von P. Bazy-Paris. Ein 35jähriger Mann war rittlings auf eine Leiter gefallen. Die Perinalgegend schwoll stark an, und aus der Urethra entleerte sich Blut. Es wurde sofort operativ eingegangen und zwar wurde perineal inzidiert und die komplett zerrissene Urethra durch Naht geschlossen; die Blase wurde auf hypogastrischem Wege dräniert. Völlige Heilung.

5. Soll man mit oder ohne Assistenz operieren? von Henri Burty-Paris. B. tritt dafür ein, daß der Chirurg ohne Assistenz operieren soll, um möglichst viele Infektionsquellen auszuschalten.

6. Die Behandlung der Genital- und Urogenitaltuberkulose, von René le Fur-Paris. Bei Tuberkulose der Harnwege soll immer zuerst die interne Therapie versucht werden (Luftkur, Tuberkulin usw.). Versagt diese, soll man zur Nephrektomie schreiten, wenn die Niere primär befallen ist. Die Niere soll aber nur geopfert werden, wenn sie Komplikationen verursacht oder völlig funktionsunfähig ist. Hat sich sekundär Genitaltuberkulose entwickelt, ist die Nephrektomie um so eher indiziert. Bei isolierter Genitaltuberkulose ist früher chirurgisch vorzugehen; doch kann man auch vorher die interne Behandlung versuchen.

7. Die Blutungen aus der Prostata, von O. Pasteau-Paris. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes, von F. Zinsser. Für Ärzte, Zahnärzte und Studierende. Mit 51 mehrfarbigen und 18 schwarzen Abbildungen auf 44 Tafeln. (Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1912.) Das Lesser gewidmete Werk verdankt seine Anregung Demonstrationen, welche für Zahnärzte veranstaltet waren. „Wenn auch eine bildliche Darstellung immer nur ein bescheidener Ersatz für das bleiben wird, was uns die klinische Beobachtung gewährt, so hoffe ich doch, daß das vorliegende Buch seine Aufgabe, beim Studium und der Diagnose

Digitized by Google

der syphilitischen und der syphilisähnlichen Erkrankungen des Mundes ein die klinische Betrachtung ergänzendes, nützliches Hilfsmittel zu sein, erfüllen wird." So meint Zinsser im Vorwort. Alle Referenten und Leser des Buches werden aber einstimmig in der Bewunderung des überaus wertvollen, starken Ersatzes bzw. der Ergänzung sein, welche der Verfasser dem klinischen Anschauungsunterricht geschenkt hat.

Die Reproduktionen, welche in ihrer vollendeten Ausführung unerreicht dastehen, sind auf photographischem Wege unter Zugrundelegung des Vierfarbendruckes unmittelbar nach künstlerischen Moulagen angefertigt. Eine derartige Reproduktion erfordert eine außergewöhnliche Beherrschung der Technik, in erster Linie in Farbenaufnahmen selbst. Nicht minder schwierig ist auch das Druckverfahren. Das hier angewandte, von Jacobi in die Buchtechnik eingeführte Verfahren der Reproduktion in Vierfarbendruck nach Moulagen wird von keinem Verlag so beherrscht wie von dem Urban-Schwarzenbergschen. Daß Zinsser das Verfahren für das differentialdiagnostisch ebenso schwierige wie wichtige Gebiet der Mundaffektionen so kritisch und umfänglich herangezogen hat, verpflichtet ihm nicht nur Ärzte, Zahnärzte, Studierende, allen voran auch den Dermatologen.

Es liegt nahe, auf einige Abbildungen besonders hinzulenken, weil sie wegen ihrer plastischen Anschaulichkeit und in der Farbentönung die Diagnose geradezu entgegenschnellen lassen. Wo solches nicht der Fall ist, liegt die Schuld an den Grenzen der Moulagenkunst.

Aus der kurzen, überaus instruktiven Übersicht unserer Diagnostik der Syphilis — immer an die Munderscheinungen sich haltend — sei besonders der Ausführungen über die Zahndifformitäten im Kapitel der kongenitalen Syphilis gedacht. Referent darf noch auf die s. E. einzig richtige Bewertung verweisen, welche auch Zinsser der Wassermannschen Reaktion zu teil werden läßt. Delbanco.

Spezielle Dermatologie, von Ludwig Török-Budapest. (Lehrb. für Haut- u. Geschlechtskr. von Riecke. Gustav Fischer, Jena.) In dem vorliegenden Abschnitt des Lehrbuches für Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelt Török außer dem Lupus erythematodes die Erkrankungen der Talgdrüsen und Schweißdrüsen der Haut sowie der Haare und Nägel. Die knappe, anschauliche Darstellungsweise des Verfassers wird dem praktischen Arzte wie dem Spezialisten die Benutzung des Werkes sehr angenehm machen, zumal alle neuen Methoden der Dermatotherapie (Lichtbehandlung, Hochfrequenzströme usw.) mit in den Bereich der Betrachtung einbezogen werden.

Ein ausführliches Eingehen ist hier unmöglich; und es sei nur rühmend hervorgehoben, daß die überaus zahlreichen, zum Teil sehr vortrefflichen Abbildungen die Anschauung erleichtern, und das jedem Abschnitt beigefügte Literaturverzeichnis ein genaues Studium mühelos ermöglicht. Lasch-Breslau.

Parerga zum Elektrolytkreislauf, von Georg Hirth-München. (1912, Selbstverlag.) I. Zellenlähmung und Zellentod infolge Störungen des Elektrolytkreislaufs. II. Dynamik und Hygiene des Elektrolytkreislaufs. (München, 1912, Verlag der „Jugend".) Die Anschauungen Hirths sind gelegentlich der Besprechung seines Buches „Der elektrochemische Betrieb der Organismen" gewürdigt worden; wie weit dieselben auf richtigen Voraussetzungen beruhen, muß Gelehrten vom Fach überlassen werden. So lesenswert die Ausführungen des Verfassers im einzelnen sind, so dürfte sich doch eine eingehende Besprechung an dieser Stelle erübrigen, da die „Wochenschrift" in erster Linie dem Interesse des Spezialfaches dient, zu dem das Buch des Verfassers in keinerlei Beziehung steht. W. Lehmann-Stettin.

Angewandte Ionenlehre für Studierende, Chemiker, Biologen, Ärzte u. a., von Georg Buchner-München. (München 1912, J. F. Lehmann.) Verfasser stellt in

Digitized by Google

übersichtlicher Weise eine Anzahl der wichtigsten Tatsachen aus der Ionenlehre und der Lehre von den kolloidalen Lösungen zusammen. Verfasser, der sich in überzeugter Weise zu den Anschauungen Hirths bekennt, legt an verschiedenen Stellen die Beziehungen dar zwischen schon bekannten Tatsachen und den von Hirth neu aufgestellten Anschauungen. Im übrigen gilt für das sonst sehr lesenswerte Buch das gleiche, wie das über die Arbeit von Hirth Gesagte. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke, während des siebenten Jahres ihres Bestehens, in der Zeit vom 1. Juni 1911 bis 31. Mai 1912, von C. Adrian. (Straßb. med. Ztg., 1912, Nr. 7.) Der tabellarischen Aufstellung des reichlichen Materials, das A. im letzten Jahre in seiner Poliklinik behandelt hat, schließt er eine genaue Besprechung der Diagnose der inkompletten Harnleiterscheidenfistel an und berichtet über einen einschlägigen Fall.

Sehr eingehend beschäftigt er sich mit der Frage der Reflexanurie, zu deren Erklärung er eine Reihe Tierexperimente vornehmlich am Hunde ausgeführt hat. Er ist auf Grund seiner Erwägungen der Überzeugung, daß an dem Vorkommen wirklicher reflektorischer Anurien ein Zweifel nicht bestehen kann, wenngleich es ihm nicht gelungen ist, experimentell eine solche zu erzeugen. W. Lehmann-Stettin.

Unfälle beim geschlechtlichen Verkehre, von Lipa, Bey, Kairo. (Sexual-Probleme, Juli 1912.) Der Verfasser hat ganz besonders häufig Gelegenheit, Unfälle beim geschlechtlichen Verkehre zu beobachten und zwar besonders bei Männern. Diese Häufigkeit hat einerseits ihren Grund in den ungewöhnlich großen Dimensionen des Penis der Araber, wodurch natürlich oft Unfälle eintreten, andererseits in der enorm ausgeprägten Sinnlichkeit der Bevölkerung, die sich auch noch in höheren Lebensjahren oft schon mit starker Arteriosklerose in exzessiver Weise dem Geschlechtsverkehr hingibt, so daß der Tod in den Armen des geliebten Mädchens, der sog. „süße Tod", nicht zu den Seltenheiten gehört.

Beim Weibe handelt es sich meist um schwere Risse der Vagina im hinteren Scheidengewölbe, Zerreißung des Dammes, sogar Verletzungen der Blase.

Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Das **Archiv der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte** sammelt biographisches Material über deutsche Naturforscher und Ärzte. Die Archivleitung (Prof. Sudhoff, Leipzig, Talstr. 35) ersucht daher alle Kollegen, ihr Briefe von verstorbenen Naturforschern und Ärzten, desgl. biographische Aufzeichnungen und Nekrologe, schenk- oder leihweise in Verwahrung zu geben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Oktober 1912 | Nr. 41 | Band 55

Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprabazillen, ein Nachtrag.

Von

Prof. C. Boeck, Christiania.

Über das Vorkommen von sehr großen Mengen Leprabazillen in den Fäzes einer leprösen Frau habe ich schon bei Gelegenheit der Leprakonferenz in Bergen im Jahre 1909 kurz berichtet, und in der „Festschrift Unna" (1910, Bd. 1, S. 436) habe ich einige weitere Untersuchungen sowohl über das Herstammen wie das weitere Schicksal solcher mit den Fäzes entleerten Leprabazillen mitgeteilt.

Aus diesen Untersuchungen war es ersichtlich, daß die in großer Menge täglich mit den Fäzes entleerten Leprabazillen aus den bei der betreffenden Leprösen vorhandenen Ulzerationen im Mund, Schlund und Kehlkopf herstammten, und daß die Bazillen nach mehr wie ein halbes Jahr nach der Entleerung der Fäzes ebenso zahlreich und gut färbbar wie früher in denselben nachgewiesen werden konnten. Es wurden ebenfalls bei Anwendung der von Unna angegebenen Thymenviktoriablau-Safraninmethode die Bazillen fortwährend ganz überwiegend blaugefärbt gefunden, während von gelben Bazillen nur wenige vorhanden waren, was ja nach Unna bedeuten solle, daß die große Mehrzahl der Bazillen noch immer lebend waren.

Diese Untersuchungen sind nun insofern weitergeführt worden, daß ich die aus Oktober 1909 herstammenden Fäzes noch weiter hinstehen ließ und sie jetzt — Mai—Juni 1912 — also nach mehr wie zwei und ein halbes Jahr, wieder untersucht habe, und zwar mit dem Resultat, daß ich in denselben ebenso viele gut gefärbte Bazillen vorfand wie im Oktober 1909. Die Fäzes waren die ganze Zeit in einem großen Zimmer hingesetzt worden, das im Winter vormittags geheizt wurde, wo aber die Temperatur in der Nacht dann ziemlich tief sinken konnte. Anfangs — wie ich in meinem vorigen Artikel (Unna-Festschrift) angegeben habe — abwechselnd eingetrocknet und wieder erweicht, waren sie während den letzten zwei Jahren ganz ungerührt und eingetrocknet stehengeblieben.

Digitized by Google

Bei der jetzigen Untersuchung wurden dieselben Färbemethoden wie früher angewendet, nämlich Karbolfuchsin wie gewöhnlich und zum Teil die Thymenviktoriablau-Safraninmethode nach Unna. Die Bazillen wurden, wie gesagt, auch jetzt in ungefähr derselben Menge, zum Teil vereinzelt und zerstreut, zum Teil in Bündeln oder als kleinere und größere Gloeaklümpchen vorgefunden; die letzteren waren mitunter sehr groß und durch und durch stark und intensiv gefärbt, mitunter aber auch, wie es auch sonst vorkommt, weniger gleichmäßig tingiert, so daß die helle Gloea hier und da zwischen den gefärbten Bazillen zum Vorschein kommt. Jetzt wie bei der Untersuchung derselben Fäkalmassen vor zwei Jahren fanden sich ebenfalls als seltene Vorkommnisse vereinzelte, sehr lange kokkothrixähnliche Bazillen vor. Die Thymenviktoriablau-Safraninmethode gab dasselbe Resultat wie früher: Massenhaft blaue, nur verhältnismäßig wenig gelbe Bazillen.

Die Tragweite solcher Tatsachen, daß also unter den genannten Umständen Leprabazillen nach mehr wie zwei und ein halbes Jahr sich in diesen Fäzes ungefähr in derselben Menge wie unmittelbar nach der Entleerung derselben nachweisen ließen, dürfte für die Propagation und somit auch mit Rücksicht auf die Bekämpfung der Lepra eine bedeutende sein, vorausgesetzt, daß die Mikroben noch fortpflanzungstüchtig und ansteckend sind, was doch mehr wie wahrscheinlich ist. Ganz besonders in den heißeren Zonen der Erde, wo die Temperatur nicht allzu stark wechselt und namentlich nicht so sehr niedrig wird, sind wohl vorzugsweise die Bedingungen vorhanden, unter welchen die Mikroben auch unter offenem Himmel vielleicht durch längere Zeit fortleben konnten.

Aber überall auf der Erde, wo die hygienischen Anforderungen noch nicht hinlänglich wahrgenommen werden, wo eine Desinfektion der Darmentleerungen nicht stattfindet, oder wo sogar sehr nachlässig und unhygienisch damit umgegangen wird, bilden doch dieselben wenigstens die erste Zeit nach der Entleerung eine ausgiebige Quelle, aus welcher sowohl Trinkwasser wie Nahrungsmittel sehr leicht infiziert werden können. Auf keinem anderen Weg nämlich — ich erinnere noch einmal daran — findet eine so massenhafte tägliche Ausscheidung von Bazillen statt, wie eben mit den Fäzes der vorgeschrittenen tuberösen Fällen mit reichlichen Ulzerationen im Mund, Schlund und Kehlkopf. Und es ist noch dabei zu erinnern, daß die Leprabazillen nicht nur vereinzelt und in kleinen Bündeln, sondern auch vielfach in den großen „Globi" zusammengeballt vorkommen, was ja nicht nur die Lebensfähigkeit dieser Mikroben, sondern auch ihre Haftungsmöglichkeit präsumptiv steigern soll. Man denke sich

Digitized by Google

nur diese mächtigen „Globi" mit ihren Hunderten von Bazillen in den Krypten der Tonsillen schön eingenistet! Die Bedingung für eine Haftung der Krankheit dürfte wohl kaum eine bessere gedacht werden können. Und eben dieser Invasionsweg, durch die Tonsillen, welcher von der Schwesterkrankheit, die Tuberkulose, augenscheinlich so häufig benutzt wird, dürfte auch für die Lepra ein sehr bequemer und häufiger sein und scheint eine besondere Aufmerksamkeit zu verdienen. Daß dagegen die Ansteckung durch die Nasenschleimhaut, von welcher in den späteren Jahren soviel die Rede gewesen ist, eine häufige sein solle, scheint deswegen weniger wahrscheinlich, weil, wie bekannt, die schwersten tuberösen Fälle so häufig jahrelang in den Hospitälern der großen Städte Seite bei Seite mit anderen Kranken gepflegt worden sind, ohne daß dabei in diesen Hospitälern der zivilisierten Ländern eine Ansteckung stattfand. Aus demselben Grund scheint eine Übertragung der Lepra durch Einatmung auch nicht sehr wahrscheinlich.

Wie aber die Übertragung auch stattfindet, eins ist sicher, daß nämlich die Lepra in den großen zivilisierten Städten, wo die Fäzes desinfiziert werden, sich nicht zu propagieren vermag, während die Krankheit auf dem Lande und in großen unzivilisierten Städten, wo keine Desinfektion stattfindet, sehr leicht um sich greift.

Sollte vielleicht in der massenhaften täglichen Ausscheidung von Leprabazillen mit den Fäzes der vorgeschrittenen Fällen von tuberöser Lepra schließlich ein Hauptschlüssel zur Lösung der Frage über die Verbreitungsweise und somit auch die Bekämpfung der Lepra zu suchen sein?

Jedenfalls sollten wohl diejenigen Hygieniker, die die Aufgabe haben die Interessen der stark mit Lepra infizierten Länder wahrzunehmen, es nicht unterlassen, weitere eingehende Untersuchungen vorzunehmen und eventuell kräftig einzugreifen.

Das Pinselhaar, Thysanothrix.

Von

Prof. Felix Franke,

Chefarzt des Diakonissenhauses Braunschweig.

(Mit 1 Tafel.)

Als ich im März 1901 die Lunge des an Influenza erkrankten Oberlehrers B. hier, eines Herrn im Anfange der Vierziger, untersuchte, fiel mir auf dem Rücken desselben eine feine, schwärzliche, dichte Punk-

Digitized by Google

tierung auf. Auf den ersten Anblick machte sie den Eindruck, durch zahlreiche Mitesser bedingt zu sein, die ja auf dem Rücken mancher Leute dicht gesät sitzen, war auch von der Frau des Kranken, die ihrer Aussage nach diese Veränderung seit etwa drei Jahren beobachtet hatte, in dieser Weise aufgefaßt worden. Den Sitz und die Ausbreitung der so veränderten Hautstelle — es war der obere mittlere Teil des Rückens in der Form einer Raute von etwa 15—20 cm Quer- und 25—30 cm Längsdurchmesser ergriffen — veranlaßten mich zu einer genaueren Besichtigung, zumal da sich die erkrankte Stelle beim Darüberstreichen mit dem Finger etwas rauh anfühlte, außerdem aber das Gesicht des Herrn B. sich frei von Mitessern zeigte.

Beim scharfen Zusehen fand ich nun, daß die „Mitesser" etwas über die Oberfläche hervorragten und keine glatte Oberfläche hatten. Ich hatte vielmehr den Eindruck, als ob ihr hervorragender Teil rauh, wie aufgefasert sei. Mit der Zilienpinzette vermochte ich eine Anzahl dieser Gebilde herauszuziehen. Sie waren nicht von gleicher Dicke, hatten aber im Durchschnitt die eines gewöhnlichen Haares, dabei eine Länge von nur 3—5 mm, sahen gelblichgrau aus, wie alte Mitesser, hatten auch ungefähr deren Konsistenz, d. h. sie ließen sich breit drücken, gingen jedoch dabei nicht völlig auseinander außer bei sehr starkem Druck. Hielt ich die Gebilde gegen das Licht, so erschien mir an den meisten die Zerfaserung ihres freien Endes deutlicher, das andere Ende war fast bei allen verdickt. Mein dadurch bestimmter gewordener Verdacht, daß es sich gar nicht um Mitesser, sondern um eine Haarerkrankung handle, wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Ich konnte sie leider nur am getrockneten Präparate vornehmen bzw. an im Spiritus transportierten und so gehärteten; ich kam nicht in die Lage ein Stückchen der betreffenden Hautstelle mitsamt den Gebilden zu gewinnen.

Die Untersuchung ergab, daß die Gebilde feine Haarpinsel waren, die je aus einer verschieden großen Anzahl (10—25—30, in einem Präparate zählte ich 39, in einem 43—45) feinster Härchen zusammengesetzt waren. Diese Härchen waren aber nicht etwa durch Spaltung eines Stammhaares entstanden, sondern jedes war ein Individuum für sich, auf dem Querschnitt fast vollkommen kreisrund, am Ende, wie das beigefügte Mikrophotogramm (s. Abb. 1) deutlich erkennen läßt, ganz leicht verdünnt und glatt mit runder Kuppe, nie zerfasert endend, solide ohne Zentralkanal und ohne Pigment; nur an einigen waren Spuren von Pigment bemerkbar. Ihre Länge war ungleichmäßig, sowohl nach oben (außen) wie nach unten (innen) nach der Ursprungsstelle zu. Sämtliche Härchen eines Pinsels entsprangen einer Wurzel, bei ein paar Pinseln dagegen

Digitized by Google

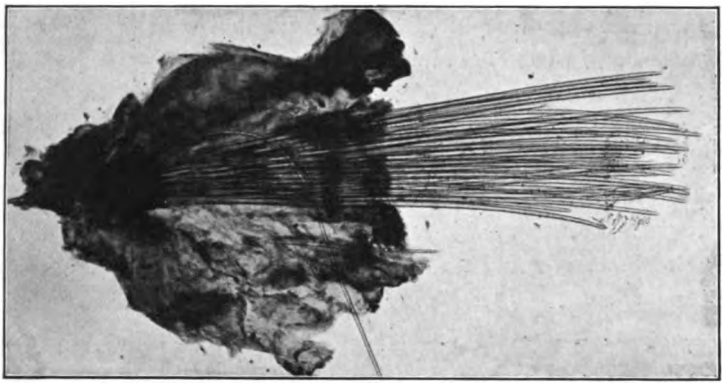


Fig. 1.

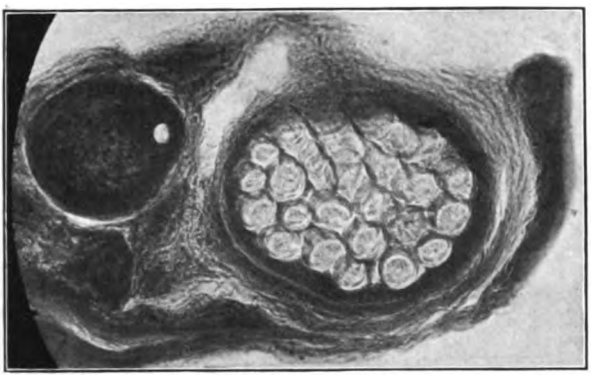


Fig. 2.

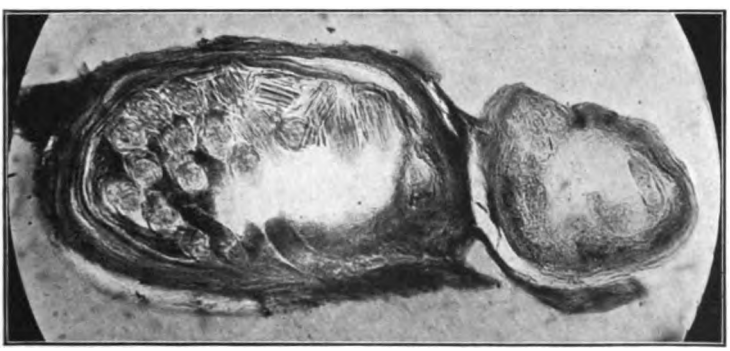


Fig. 3.

Digitized by Google

Digitized by Google

(s. Abb. 2 u. 3, die Haarquerschnitte sind in der kleineren Wurzel fast sämtlich ausgefallen) zwei dicht nebeneinander liegenden (alter und junger?), und hatten, wie Serienschnitte ergaben, daher auch eine gemeinsame äußere Wurzelscheide (s. Abb. 2 u. 3). Sie entsprangen aber aus dieser Wurzel, wie schon bemerkt, nicht in gleicher Tiefe. Die feineren Einzelheiten an dieser Stelle ließen sich nur schwer feststellen, manches, wie das Verhalten der Papille gar nicht, weil einerseits die Haare eingetrocknet und gerade diese Teile dadurch besonders eingeschrumpft waren, was sich auch durch Aufweichen nicht wieder ausgleichen ließ, andererseits die Haare ausgerissen, nicht ausgefallen oder, was besonders wertvoll gewesen wäre, mit ihrer Umgebung ausgeschnitten waren.

Doch ließ sich einiges gut beobachten. So fand ich das untere (innere) Ende einiger Härchen aufgefasert wie bei einem alten absterbenden oder abgestorbenen Haare, bei anderen des gleichen Pinsels stumpf, bei anderen scharf abgesetzt, wie abgeschnitten (abgerissen beim Ausziehen?), so daß ich den Eindruck gewann, daß die einzelnen Härchen verschiedenes Alter hatten, worauf übrigens auch ihre verschiedene Länge deutete.

Die äußere Wurzelscheide umschloß die Haarbündel gewöhnlich bis nach oben hin gleichmäßig, in einigen aber irrten ein oder einige Härchen schon von unten her vom Bündel ab und drangen in den äußeren Schichten der Wurzelscheide selbständig nach außen. Jedes Härchen schien eine eigene Kutikula zu besitzen, die Henlesche und Huxleysche Schicht vermochte ich nicht zu unterscheiden. Die Glashaut der äußeren Wurzelscheide war an einzelnen Präparaten deutlich zu erkennen. Bei der Behandlung mit Kalilauge trat an den frei hervorragenden Härchen bei stärkerer Vergrößerung die quere Riffelung durch die Schüppchen der Kutikula ganz klar in Erscheinung, verschwand aber gegen die Spitze zu.

Die im vorstehenden beschriebene Haaranomalie, die ganz eigenartig ist, scheint, soviel ich aus der mir zugänglichen Literatur ersehen habe, bisher noch nicht bekannt oder doch noch nicht beschrieben zu sein. Nur Herr Dozent Dr. G. Nobl in Wien hat laut einer kurzen brieflichen Mitteilung an mich vom 17. Juni d. J. wohl eine ähnliche Beobachtung gemacht. Über die meinige habe ich bisher nur im ärztlichen Verein zu Braunschweig am 6. April 1901 berichtet, glaubte aber nun, da die Erkrankung doch vielleicht öfter vorkommt, eine Mitteilung darüber weiteren Kreisen nicht vorenthalten zu sollen.

Ich habe die Haaranomalie mit dem Namen „Pinselhaar", Thysanothrix belegt, der sie wohl am treffendsten bezeichnet. Als griechische

Digitized by Google

Bezeichnung kommen in Frage δεσμόθριξ (δεσμός Bündel) und θυσανόθριξ (Quastenhaar). Nach Besprechung mit Philologen habe ich mich für letzteren Namen entschieden.

Die Präparate habe ich teils ungefärbt, meist aber nach Färbung mit Hämatoxylin, Pikrokarmin und van Giesonscher Lösung untersucht. Die Serienschnitte habe ich nach Einbettung in Zelloidin angefertigt.

Einige Präparate habe ich nach Gram, andere mit Methylenblau und Gentianaviolett gefärbt, Bakterien habe ich nicht gefunden.

Ich kann daher nicht entscheiden, ob die Krankheit eine infektiöse (bakterielle oder parasitäre) oder ob sie anderen Ursprungs ist. Man könnte an eine trophoneurotische Störung des Haarwachstums denken; doch muß bei der Ungewißheit über den Zeitpunkt ihrer Entstehung auch die Frage nach der Möglichkeit einer angeborenen Anomalie aufgeworfen werden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über Transplantationsimmunität, von G. Schöne-Greifswald. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Es ist verschiedentlich schon gezeigt worden, daß Tiere, denen Tumormassen resp. Stücke von normalem Gewebe eingepflanzt waren, sich gegen eine nachherige Impfung mit Geschwulstsubstanz entschieden refraktär erwiesen. Verfasser hat zur weiteren Ergänzung dieser Untersuchungen bei sieben Kaninchen eine Vorbehandlung durch Einführung von fein zerschnittener Haut eines ca. 10 cm langen frischen Kaninchenembryos resp. von Nieren- und Leberstückchen in das Abdomen ausgeführt und dann Transplantationen von Stückchen der Haut des Ohres von diesen resp. von nicht vorbehandelten Tieren vorgenommen. Die Vorbehandlung mit der Embryonalhaut wirkt nach den vorliegenden Ergebnissen entschieden dem Anheilen der aufgepflanzten Hautstücke entgegen; bei den mit Nierenstückchen (zwei Tiere) resp. mit Leber (ein Tier) behandelten Versuchsobjekten heilte die aufgesetzte Haut zum mindesten nicht schlechter als bei den Kontrolltieren an.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Klinik und Pathogenese der linearen Dermatosen, von René Bader. (Inaug.-Diss., Paris 1911.) Lineare Anordnung ist ziemlich häufig bei Nävis, besonders beim Naevus keratosus, sie ist manchmal beim Lichen und der chronischen zirkumskripten Neurodermitis zu finden, relativ oft wird sie bei Sklerodermie, weniger häufig bei Ekzem und Psoriasis beobachtet. Die Diagnose solcher linearer Dermatosen ist im allgemeinen eine leichte, sie kann aber gelegentlich große Schwierigkeiten machen. Es ist wichtig, einzelne isolierte Lokalisationen der betreffenden Dermatose zu finden, um aus ihrer Beschaffenheit mit größerer Leichtigkeit diagnostische Schlüsse zu ziehen. In manchen Fällen führt erst die Therapie zur Diagnose. Zur Erklärung der linearen Dermatosen sind eine Reihe von Theorien aufgestellt worden, sie können das Wesen der Affektion aber nicht hinreichend klären; manche genügen in einzelnen Fällen, andere wieder lassen, und das ist die Mehrzahl, gänzlich im Stich.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Beitrag zur Klinik und Ätiologie der atrophisierenden Dermatitiden, von M. Oppenheim-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 10, 7. März 1912.) Die zahlreichen Aufklärungsversuche über die Ätiologie der atrophisierenden Dermatitiden (traumatisch-infektiös nach Ehrmann, trophoneurotisch nach Neumann, angioneurotisch nach Blaschko, tuberkulös nach Jadassohn) lassen uns nicht über die Annahme hinwegkommen, daß eine angeborene oder erworbene Disposition der elastischen Fasern, die durch die verschiedenartigen Noxen zum Schwunde gebracht werden, vorliegt. Die verschiedenartige Resistenz der elastischen Fasern zeigt sich ja schon in ihrem verschiedenen Verhalten bei Gravidität, bei raschem Abmagern usw.; daß eine angeborene Widerstandsschwäche der Elastika bestehen kann, beweisen einige Beobachtungen der letzten Zeit. So berichtet O. über einen Fall, bei dem ein Naevus angiomatosus die obere Extremität und eine Atrophia cutis idiopathica die untere Extremität der rechten Körperhälfte, streng halbseitig abgegrenzt, einnimmt. Auch die histologischen Bilder der Affektion mit dem Fehlen des Elastins in den Venenwänden des Nävus und die Ähnlichkeit der histologischen Schnitte von Nävusstellen und von atrophischen Stellen spricht sehr zugunsten einer nävusartigen Ätiologie der Hautatrophie. W. Lehmann-Stettin.

Die statischen Entladungen bei bullösen Dermatosen, von T. Peyri-Barcelona. (Ann. d'électrobiol. et de radiol., 1911, Nr. 10.) Aus der histologischen Untersuchung experimentell erzeugter Brandwunden, welche mit statischer Elektrizität behandelt wurden, konnte nachgewiesen werden, daß diese Entladungen eine antiphlogistische Wirkung haben und die toxische Wirkung der nekrotisierten Elemente vermindern. Infolgedessen werden eine sehr große Anzahl von Zellelementen der epithelialen Regeneration erhalten. Aus klinischen Beobachtungen geht hervor, daß phlyktänulöse Dermatosen unter allen Umständen und in jeder Form aus der Applikation dieser Entladungen Nutzen ziehen können. Neue Schübe werden verhindert oder wenigstens verzögert, die Evolution der bullösen Elemente geht schneller vor sich, und die subjektiven Symptome werden sehr gebessert. A. Gunsett-Straßburg.

„Essai" über Parasitenwanderungen bei Dermatosen, von Henri Guéniot. (Inaug.-Diss., Paris 1911, Nr. 273.) Diese für jeden Dermatologen recht lesenswerte Arbeit enthält zahlreiche instruktive Abbildungen und ein chronologisch geordnetes Literaturverzeichnis von einer Gründlichkeit, wie dies eben leider nur bei französischen Universitätsschriften zu finden ist. Details aus der Arbeit lassen sich im Rahmen eines Referates nicht bringen. Fritz Loeb-München.

Über blennorrhoische und syphilitische Entzündung der Lymphstränge, von René Picard. (Inaug.-Diss., Toulouse 1911, Nr. 958.) Bei der blennorrhoischen Endolymphangitis handelt es sich um einen obliterierenden Prozeß. Es kommt zu einer Einwanderung von Lymphozyten und Mononukleären von außen nach innen durch die Wand des Lymphstranges hindurch. Diese Einwanderung ist als eine Verteidigungsmaßregel gegen die von der Urethra aus einwandernden Mikroorganismen auszufassen. Die Tatsache, daß die Obliteration nicht auf einer Anhäufung von Polynukleären beruht, sondern vielmehr auf einem lokalen, mehr oder weniger proliferativen Reiz, erklärt die außerordentliche Seltenheit der beobachteten Fälle von Vereiterung bei blennorrhoischer Entzündung des Lymphstranges.

Die syphilitische Entzündung des Lymphstranges ist von der blennorrhoischen wesentlich verschieden. Hier finden sich neben den entzündeten Lymphsträngen oft entzündete Venen. Aus dem Umstand, daß sich die Spirochäten ebenso stark und nicht weniger schnell auf dem Wege der Venen als auf dem der Lymphstränge verbreiten, erklärt sich die Ohnmacht der meisten lokalen Behandlungsversuche.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Die Beziehungen von chronischer Entzündung, Narbe, Trauma und den Fortpflanzungsvorgängen zu der Entstehung von Tumoren, von A. Theilhaber-München. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Der Entwicklung eines Karzinoms geht fast immer eine Atrophie des betreffenden Gewebes voraus (während eine Hyperämie des Gewebes die Entstehung eines Sarkoms begünstigt). Diese Atrophie wird häufig veranlaßt durch Narben, durch chronische Entzündungen (z. B. Lues, Lupus, chronische Blennorrhöe, Schornsteinfegerkrätze, Hautveränderungen bei Arbeitern in Braunkohlen-, Teer- und Paraffinfabriken, Seborrhöe, Xeroderma pigmentosum, Lupus erythematodes, chronisches Ekzem, Pagets Krankheit, Psoriasis, Röntgendermatitis), Quetschungen der Organe, durch Traumen intra partum und außerdem durch Atrophie des „mesodermalen Gewebes" infolge von Klimakterium oder Senilismus).

Bei Frauen, die nicht geboren haben, sind die Mammae und das Corpus uteri schlechter mit Blutgefäßen versorgt, weshalb sie mehr zum Karzinom disponieren. Die Frauen dagegen, die viel geboren haben, neigen mehr zum Zervixkrebs; weniger aber ür den Krebs der Gebärmutter, Tuben und Mammae.

Vielleicht erhöhen die Narben bei allzu radikalen Krebsoperationen die Disposition zum Krebsrezidiv. V. Caesar-Dresden.

Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementbindungsreaktion, von L. v. Dungern-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Den von anderen Forschern gefaßten, aber nicht ganz erfolgreich durchgeführten Gedanken einer spezifischen Serumreaktion bei malignen Geschwülsten hat Verfasser weiter verfolgt und ist zu einem seiner Erfahrung nach praktisch durchaus verwertbaren Verfahren gelangt. Er gewann in fünf Fällen brauchbare Extrakte aus Tumoren durch Extraktion mit 98%igem Äthylalkohol, indem ein Gewichtsteil der Geschwulst fein zerschnitten und mit 4 Teilen Alkohol vermischt 12—48 Stunden ausgezogen wurde. Das filtrierte Extrakt wird vor dem Gebrauch mit physiologischer Kochsalzlösung (1 : 2) versetzt. Als Komplement diente Meerschweinchenserum, $^1/_{30}$ in 1 ccm Kochsalzlösung. Die weiteren technischen Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden. Nebenher wurde die serodiagnostische Prüfung auf Lues ausgeführt. Über die erzielten Resultate ist zu bemerken, daß von 144 mit der Tumorreaktion geprüften Fällen, welche Individuen teils mit (42), teils ohne Gewächse betrafen, das serodiagnostische Resultat durchweg mit dem klinischen Befunde übereinstimmte. Allerdings ist zu konstatieren, daß nicht jeder Tumorträger serologisch auf jedes Tumorextrakt reagiert: es empfiehlt sich daher, gelegentlich mehrere Extrakte zur Anwendung zu bringen, ehe man sich definitiv in negativem Sinne ausspricht. Nach den gewonnenen Ergebnissen ist ein weiterer Ausbau des Verfahrens jedenfalls aussichtsreich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Entwicklung des Hautepithelioms auf dem Boden von Dermatosen, von André Porcheron. (Inaug.-Diss., Paris 1911, Nr. 152.) Es sind nur chronische Dermatosen, auf denen sich ein Epitheliom entwickelt. Entwicklung eines Epithelioms auf in der Entwicklung begriffenen Dermatosen oder auf Narbenbildungen ist selten. Verfasser beschreibt in seiner Arbeit eine Reihe einschlägiger Fälle. Es handelt sich in vier Fällen um Epitheliom auf tuberkulösem Lupus, in je einem Fall Epitheliom auf Psoriasis resp. Lichen resp. Ulcus cruris, in je fünf Fällen um Epitheliom auf verschiedenen Nävis. Es kann nicht behauptet werden, daß irgend eine Dermatose an sich zur krebsigen Entartung besonders disponiert wäre, der einzige ätiologische Faktor scheint im Gegenteil die mehr oder weniger lange Dauer des bestehenden Hautleidens zu sein bei vorhandener Prädisposition. Kombination von Radiotherapie mit chirurgischer Behandlung ist am zweckmäßigsten und erfolgreichsten.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Grundlagen der Behandlung der Hautkrankheiten mit Strahlenenergie, von Proskurjakow. (Russki Wratsch, 1911, Nr. 51, S. 2073.) Eine ausführliche und genaue kritisch literarische Betrachtung über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, Radium und dem Finsenapparat. Arth. Jordan-Moskau.

Die Röntgenbehandlung in der Dermatologie, von Max Joseph und Conrad Siebert-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Am geeignetsten von allen Hautkrankheiten zur Röntgentherapie sind die frischen Eruptionen der „Psoriasis punctata", inveterierte Plaques der Psoriasis; demnächst chronisch nässende Ekzeme, Gewerbeekzeme und kleine chronische Ekzemresiduen; dann Lichen chronicus Vidal. Gute Erfolge gibt die Sykosis, die Acne vulgaris, der Pruritus universalis und vulvae, die Epitheliome und der Lupus tumidus und verrucosus bis zur Abflachung.
Caesar-Dresden.

Unguenta adhaesiva, von Dreuw-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Unter diesem Namen wird eine Salbe empfohlen, die eine ähnliche Zusammensetzung aufweist wie die von Dreuw zur Psoriasisbehandlung angegebene. Die neue Klebesalbe kann Anwendung finden bei allen chronischen Infiltraten der Haut. Insbesondere sollen chronisch infiltrierte Ekzeme, die häufig jeder Therapie trotzen, in frappanter Weise beeinflußt werden. Albert Kunst-Dresden.

Zur Methodik der qualitativen Strahlenmessung in der Röntgentherapie, von H. Meyer und H. Ritter-Kiel. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Aus den systematischen Untersuchungen geht hervor, daß das Heinz-Bauersche Qualimeter nicht einem direkten Härtemesser, z. B. dem Benoist-Walter, gleichzustellen ist, sondern nur als Ersatz für die parallele Funkenstrecke zu handhaben ist. Vor Benutzung des Qualimeters muß daher eine jede Röhre mit Hilfe einer direkten Härteskala geeicht werden. Arthur Schucht-Danzig.

Über rationellen Röhrenbetrieb in der Röntgentherapie, von H. Ritter-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Verfasser bespricht die Verwendung des Röntgenverfahrens in der Dermatologie vom Standpunkt der technischen Zweckmäßigkeit und der Rentabilität. Nach seinen ausgiebigen Erfahrungen empfiehlt er warm die Burgerröhren in Verbindung mit Distanzzündung und der Villardschen Osmoregulierung als nicht nur therapeutisch effektvoll, sondern auch im Gebrauch ungemein sparsam im Vergleich zu anderen Einrichtungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Methodik der Radiumbestrahlung in der Nasen-Mund-Rachenhöhle, im Kehlkopf, in der Luftröhre und im Schlund, von Albanus. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 17.) In der Lupusstation des Vereins für Lupusfürsorge in Hamburg hat A. seine Methodik ausgearbeitet. Er bespricht die Form der Kapseln, welche die Lösung enthalten, die Fixierung derselben, die Maßnahmen zur Filtration der Strahlenarten, zur Anästhesierung resp. Anämisierung der Schleimhäute. Es interessiert zu sehen, daß die Applikation an den erwähnten Stellen geglückt ist. Sie ist sehr mühsam und erfordert einen geschulten Rhinolaryngologen. (Meistens wird diese Methode durch eine bequemere, z. B. die Galvanokaustik, zu ersetzen sein. Jedoch kann sie bei stenosierenden Narben im Kehlkopf unter Umständen wichtig und durch keine andere ersetzbar sein. Ref.) Werther-Dresden.

Verbesserte Methode des Gebrauches von Radium, von R. Abbe-New York. (Med. Record, 10. Febr. 1912.) Die außerordentliche verschiedene Wirkung des Radiums, das manche Geschwulst rasch zum Schwinden bringt, während es andere in ihrem Fortschreiten zu beschleunigen scheint, hat Verfasser zu einer Reihe exakter Versuche an

Digitized by Google

Pflanzensamen geführt. Auf Grund der erhaltenen Resultate ist er der Meinung, daß die irritierende und stimulierende Wirkung den Alpha- und den weichen Betastrahlen zukommt, während die zerstörende Wirkung von den tiefer penetrierenden harten Beta- und den Gammastrahlen verursacht wird. Daraus geht hervor, daß die erstgenannten Strahlen ausgeschaltet werden müssen, wie dies schon WICKHAM mit bestem praktischem Erfolge durch Bleifilter bis zu 2 mm Dicke erreicht hat. W. Lehmann-Stettin.

Instrumentarium zur externen therapeutischen Anwendung von hochaktiven Radium- und Mesothorpräparaten, von P. WICHMANN-Hamburg. (Radium in Biol. u. Heilk., 1912, Bd. 1, Heft 7.) Die vom Verfasser in sechsjähriger Erfahrung erprobten Apparate haben folgende Zusammensetzung: Ein flacher Bleinapf mit dünner, einige Millimeter hoher Randung dient zur Aufnahme der radioaktiven Substanz. Diese wird mit einem Tropfen Wasser in Lösung gebracht und eingedampft, so daß ein gleichmäßiger Niederschlag auf dem Boden des Napfes entsteht. Eine ätherische Schellacklösung vermittelt in Form eines feinsten Überzuges die Fixation. Den Verschluß des Napfes liefert eine $^1/_{20}$ mm starke Silberplatte, welche in Form einer Kappe über den Napf gezogen und mit ihrem freien Rande fest verlötet wird. Sie dient zugleich als erstes Filter, welches die stark irritierenden α-Strahlen absorbiert. Am gebräuchlichsten sind zwei Formen dieser Kapsel: 1. die runde, größere Kapsel von 14 mm Durchmesser (Höhe 5 mm), welche zur Bestrahlung der äußeren Haut und der Schleimhäute größerer Körperhöhlen dient, und 2. die ovale, kleinere Kapsel, welche am oberen Ende des Ovals einen flachen Ring trägt (Längsdurchmesser $13^1/_2$ mm, Querdurchmesser 7 mm, Höhe $1^1/_2$ mm) und zur Bestrahlung von Nasen-Rachen-Mund-Kehlkopf- und Konjunktivalschleimhaut sowie des Augenwinkels benutzt wird. Der Ring dient zur Befestigung einer Fadenschlinge, welche ein bequemes Herausziehen der Kapsel aus der bestrahlten Körperhöhle erlaubt. Als Filter sind für beide Kapseln vier weitere Silberblechkappen bis zu 1 mm Dicke beigegeben. Die Instrumente werden bei C. W. Bolte Nachf., Hamburg, Rathausstr. 8, verfertigt. A. Gunsett-Straßburg.

Radiumbehandlung bei malignen Neubildungen und Ulcus varicosum, von T. R. MACDONALD-London. (Brit. med. Journ., 9. Dez. 1911.) Verfasser berichtet unter Beigabe von photographischen Abbildungen der Affektionen vor und nach der Behandlung über die erfolgreiche Anwendung von Radium bei Karzinom am Kinn, Epitheliom der Lippe, ausgedehntem Ulcus cruris varicosum (Patientin hatte 16 Monate lang wegen der Schmerzhaftigkeit das Bett nicht verlassen können) und Ulcus rodens der Nase und Wange. Er war in der glücklichen Lage Röhrchen mit 250 und 300 mg reines Radiumbromid verwenden zu können, und er schreibt diesem Momente ausschlaggebende Bedeutung zu. Die Anwendungsweise war im allgemeinen konform der auch von anderen Forschern befolgten Technik. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Physiologische und therapeutische Studien über die Lichtwirkung auf die Haut, von LEOPOLD FREUND-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) Bei Gelegenheit der Beobachtung eines Falles von Hydroa hat Verfasser einige lichtexperimentelle Studien angestellt, wie wir sie von MOELLER und den Arbeiten der FINSENschen Klinik kennen. Die prophylaktische Wirkung des roten oder dunklen Zimmers läßt sich durch Applikation einer 4%igen Äskulinglyzerinsalbe erreichen, wie Verfasser schon an anderer Stelle ausgeführt hat. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der Heliotherapie, von E. ZADRO. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 14.) Verfasser, welcher Leiter des „Erzherz. Maria Theresia" Seehospiz in S. Pelagio-Rovigno ist, hat neben tuberkulösen Affektionen der Knochen und Gelenke, auch tuberkulöse Erkrankungen der Haut der Sonnenbestrahlung ausgesetzt. Er hat bisher nicht den Eindruck gewinnen können, daß im Verlaufe, in der Dauer und im

Digitized by Google

Erfolg der Behandlung auffallende Differenzen gegenüber den bis dahin erreichten Resultaten zu verzeichnen gewesen wären. Er glaubt, daß durch die Sonnenstrahlen die Heilung der offenen Wunden sehr befördert wird, indem schleimig belegte Geschwüre sich reinigen, gesunde und üppige Granulationen zeigen, die sich rasch epithelisieren. Aber im übrigen sind die Resultate vorwiegend allen anderen, mit einem Berg- oder Seehospize in innigem Zusammenhang stehenden sanitären und hygienischen Verhältnissen zu danken. W. Lehmann-Stettin.

Über die Verwendung bestimmter Temperaturen in der Therapie, und über die Zerstörung der Gonokokken, von J. A. Fulton-Astoria-Oregon. (Med. Record, 24. Febr. 1912.) Nach Auswaschung der Harnröhre mit physiologischer Kochsalzlösung oder schwacher Borsäurelösung, wird dieselbe mit 3 oder 4%iger Stovainlösung anästhesiert und dem Patienten in Rückenlage ein hohles Metallbougie eingeführt, durch welches $^1/_2$—1 Stunde lang heißes Wasser von 49° C zirkuliert. Nach einer solchen Behandlung ist die Schleimhaut geschwollen, die Harnröhre empfindlich und schmerzhaft und muß häufig in kaltem Wasser gebadet werden, um dem Patienten eine Erleichterung zu gewähren. Einige Patienten waren kaum eine Woche nach solcher Applikation geheilt; jedenfalls hat keiner nach drei an aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommenen Sitzungen länger als 18 Tage bis zur Heilung gebraucht. Dabei traten keinerlei Komplikationen ein; eine Epididymitis und eine Zystitis werden vom Verfasser auf andere Ursachen zurückgeführt. W. Lehmann-Stettin.

Die strahlende Wärme und warmes Wasser als Behandlung chronischer Hautleiden, von J. Tóth-Budapest. (Gyógyászat, 1911, Nr. 97.) Die ekzematöse Hautfläche läßt man mit einer Wärme von 110—115° C bestrahlen. (Ein geheizter Ofen, ein Sparherd oder Glut.) Die ekzematöse Hautfläche läßt man vor der Glut drehen, bis das Jucken, gleichviel ob es die Folge des Ekzems oder der Wärmewirkung ist, abgenommen oder aufgehört hat. Mit der Wärmebehandlung erreicht man nicht nur das Aufhören des Juckens, sondern auch das Zuströmen einer bedeutenden Blutmenge zur pathologischen Haut. Die Wärmebestrahlung muß dreimal täglich erfolgen; bei eingetretener Besserung ein 1—2maliges Bestrahlen täglich, später nur einmal jeden 2. bis 3. Tag. Anfangs muß eine niedrigere Temperatur angewendet werden. Die Wärmebestrahlung darf sich nicht allein auf die pathologische Hautfläche beschränken, denn auch die Umgebung derselben nimmt an dem Jucken teil. Wenn die Anwendung der trockenen Wärme beendet ist, taucht man ein in 4—5 Schichten gefaltetes Handtuch in heißes Wasser, läßt das Wasser so lange abrinnen, bis es nicht mehr tropft, und dieses zieht man einigemal oberflächlich über die kranke Hautfläche. Später drückt man das wieder eingetauchte Handtuch über die pathologische Haut. Ehe das Handtuch wieder eingetaucht wird, muß es vollkommen ausgedrückt werden, denn sonst kann die gewünschte Temperatur nicht erreicht werden. Die auf infiltrierter und gesprungener Haut entwickelten Ekzeme mit Nässen und akuten Ausschlägen verschiedener Form, verlaufen in 5—6 Wochen. Das klebrige Sekret sondert sich noch 8—10 Tage ab, dann tritt Abschuppung für weitere ca. 10 Tage ein. Die Hautsprünge wachsen zusammen, bleiben aber druckempfindlich, eventuell schmerzhaft. Die Infiltration und das Ödem der Haut nimmt ab, aber die aufgehobenen Runzeln sind dick. Das beinahe bis zur Unerträglichkeit gesteigerte Jucken kann so weit beschränkt werden, daß die Nachtruhe gesichert ist. Gegen Jucken und Schwitzen vorgenommene Wärmebehandlung zog mehrere Rezidive nach sich, deren Ausdehnung, Stärke und Dauer immer abgenommen hat. Vom Ekzem herrührende alte rote Flecke trotzen 2—3 Monate der Behandlung und geben erst dann nach oder sie verschwinden, wenn die Absorption der Hautinfiltration schon weiter fortgeschritten ist. Die Pigmentation verschwindet 2—3 Monate

Digitized by Google

später. Mit der Zunahme der Besserung bleibt das Trockenheits- und Spannungsgefühl ganz aus. Wenn die Hautfläche der Wärmewirkung ausgesetzt wird, entsteht ein heftiges Jucken nicht nur an der Stelle der Ausschläge, sondern auch in der Umgebung der Haut trotz ihres normalen Aussehens, obgleich die gesunde Haut nur die Wärmewirkung fühlt. Auf diesem Wege kann festgestellt werden, von welcher Ausdehnung das Ekzemleiden ist. Das mit dem Jucken einhergehende Ekzem zeigt eine Steigerung des Leidens. Wegen eines Gesichtsekzems ist das Rasieren nicht zu verbieten. Die Rückbildung macht drei Stadien durch: 1. Die Heilung der Ausschläge. 2. Die Absorption der Infiltration und des Ödems. 3. Das Verschwinden der chronischen Blutfülle. Bei chronischem Ekzem hat die Wärmebehandlung folgende Vorteile: 1. Die Reinlichkeit. Dabei spielt die Hauptrolle das bisher verbotene Wasser. Das heiße Wasser unterstützt das Heilverfahren und reinigt zugleich auch den Körper. Mit der Wärmebestrahlung ist die Wirkung nicht gleichwertig. 2. Die Einfachheit macht die Anwendung dieses Heilverfahrens auch in der ärmsten Hütte möglich. 3. Die Milderung, welche auch die schwersten Symptome erfahren. 4. Sie ruft eine Reaktion hervor und kann sie zwischen gewissen Grenzen halten. 5. Die anhaltende Heilung berechtigt zur Anwendung dieser unschuldigen und einfachen Behandlungsweise. Ein Nachteil ist die Langwierigkeit der Behandlung. Die Bestrahlung der ganzen Körperoberfläche ist unschuldig. Zwischen dem Ekzem ist nur ein Gradunterschied. Bei Wärme- und Heißwasserbehandlung macht die Heilung des Fußschweißes dieselben Phasen durch, wie das gleichgradige Ekzem. Die Wärmebehandlung des Fußschweißes ist noch langwieriger als die des Ekzems, weil die Bestrahlung der Zehenzwischenräume noch schwerer ist. Der Erfolg ist aber überraschend. Porosz-Budapest.

Die Diät bei Hautkrankheiten, von Dardel-Aix-les-Bains. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 7 und 8.) Bei akuten Hautkrankheiten (Ekzem, Erythema multiforme, Urticaria, toxischen oder medikamentösen Dermatosen, Erythrodermien und schwersten exfoliierenden Dermatitiden) empfiehlt der Verfasser Milchdiät. Alle drei Stunden sollen 500 g Milch mit Vichy- oder Kalkwasser genommen werden. Bei Oligurie gibt er 0,5 g Theobromin mit 0,5 benzoesaurem Natron dreimal täglich. Tritt durch die Milch Obstipation ein, so ersetzt er dieselbe durch Kephir. Später, nach Ablauf des akuten Zustandes, geht er zu lakto-vegetarischer Kost mit Amylazeen, Kompott und grünen Gemüsen, später zu weißem Fleisch und erst zuletzt zu Eiern und anderen Fleischarten über.

Bei chronischen Dermatosen (infektiösen oder nicht) soll die Diät ebenfalls lakto-vegetarisch sein, Fleisch und Eier sollen nur einmal täglich, und dies erst nach Verschwinden von akuten Schüben, erlaubt werden. Wild, Wurst, Krustazeen, Trüffeln, Erdbeeren, Pfirsiche und Pflaumen sollen monate- und jahrelang verboten werden. Sind Magendarmstörungen vorhanden, so müssen auch alle Speisen vermieden werden, welche Gärungen erzeugen können [z. B. Mehlspeisen, Brot, Gebäck, Kohl, Wild, Schokolade, Wurstwaren (außer magerem Schinken), Krustazeen, Fette und rohe Früchte (außer Trauben)]. Der Kranke bekommt hauptsächlich Gemüseabkochungen, magere Suppen, gebratenes oder gut gekochtes Fleisch ohne Sauce. Erlaubt sind frische abgekochte Seefische. Milch ist verboten. A. Gunsett-Straßburg.

Die endovenöse Medikation, von Fornaca. (Morgagni, 26. Januar 1912.) Enthält nur Bekanntes. A. Gunsett-Straßburg

Vorläufige Mitteilung über das Durchdringungsvermögen von einigen Salbengrundlagen, von F. Gardiner-Edinburgh. (Brit. med. Journ., 3. Febr. 1912.) Um zu ermitteln, welches Salbenvehikel die Aufnahme von Medikamenten durch die Haut am wirksamsten fördert, hat G. einige der üblichen Salbengrundlagen mit Farbstoffen ver-

Digitized by Google

mischt auf die enthaarte Haut von Meerschweinchen expliziert und nach Tötung der Tiere an mikroskopischen Schnitten untersucht, wie tief in jedem einzelnen Fall der Farbstoff in die Haut hineingetragen worden war. Es wurden auf diese Weise geprüft: Olivenöl, Zedernöl, Gänseschmalz und Adeps benzoatus, ferner Mischungen von Stärkeglyzerin mit Ungt. leniens und mit Lanolinanhydrit; diese Reihenfolge gibt zugleich das Verhältnis der erzielten Resultate an, während andere Stoffe, wie Lanolin, Vaselin, Gelanthum usw. weit wenigertief eindrangen. Als Farbstoff erwies sich das Scharlachrot am geeignetsten. Weitere Prüfungen sind in Vorbereitung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die antibakterielle Wirkung der Salben, von Hugo Kühl. (Pharmaz. Zentralhalle, 53. Jahrg., Nr. 11.) Die desinfizierende Wirkung eines Stoffes hängt nicht allein von dem Stoff selber, sondern auch von seinem Lösungsmittel ab. Karbolvaseline wirkt ebensowenig antiseptisch, wie das Karbolöl, weil die desinfektorische Wirkung des Phenols nur in wässriger Lösung möglich ist. Vaseline, Fett (Adeps). Lanolinum anhydricum enthalten kein Wasser, die antibakteriellen Stoffe befinden sich mithin nicht in einem bakteriell wirksamen Lösungsmittel. Lanolin dagegen und Unguentum leniens sind als wasserhaltige Salbengrundlagen weit mehr geeignet zur Aufnahme von Giftstoffen.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Gegenwärtiger Stand der Vakzinationstherapie, von A. Mauté. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 6.) Der Verfasser empfiehlt die Vakzinationstherapie der Blennorrhöe nur bei Allgemeinkomplikationen der Erkrankung. In der Urethritis, Zystitis, Prostatitis und Epididymitis ist nichts von dieser Therapie zu erwarten. Hingegen tritt sie in ihre Rechte, sobald es sich um eine blennorrhagische Pyämie handelt, deren gewöhnlichste Manifestation der Rheumatismus ist, sei es, daß es sich um Arthralgie, um serofibrinöses oder eitriges Exsudat in Gelenken handelt. Der Schmerz verschwindet schnell, das Fieber fällt nach ein bis zwei Injektionen, oft kann man die Mobilisierung des Gelenks schon nach 10—14 Tagen beginnen. In diesen Fällen empfiehlt der Verfasser, da es sich darum handelt, schnell einzugreifen, bei der schweren Kultivierbarkeit der Gonokokken keine Auto-, sondern eine heterogene Vakzine anzuwenden: Man beginnt, eine Ampulle zu injizieren, die einer Menge von 25 Millionen Mikroorganismen entspricht. Dieselbe Dosis wird nach vier Tagen wiederholt, dann fährt man mit 50 Millionen alle fünf bis sechs Tage fort.

Beim Erysipel, besonders der rezidivierenden Form desselben, empfiehlt er Antistreptokokkenvakzine (20—100 Millionen Bakterien alle vier Tage injiziert). Die Antistaphylokokkenvakzine kann und soll bei allen akuten, subakuten und chronischen Staphylokokkenerkrankungen der Haut und bei Osteomyelitis angewandt werden. In Betracht kommen die Follikulitiden disseminierter Art und die Folliculitis barbae, die Furunkulose und der Karbunkel. Die Behandlung der hartnäckigsten Fälle von Furunkulose bedarf meistens nur der geringen Zahl von fünf bis sechs Injektionen von 500 Millionen in sechstägigen Intervallen. Der Furunkuloseschub steht sogar oft schon nach den ersten Injektionen still und die übrigen werden dann nur zur Verhütung der Rezidive gegeben. Die Rezidive sind übrigens höchst selten und dann äußerst leicht, auch nach Jahren treten, selbst bei jahrelangem Bestehen der Erkrankung, keine mehr auf. Weder Diabetes noch Albuminurie sind Kontraindikationen für diese Behandlung. Beim Karbunkel macht eine frühzeitige Vakzineinjektion fast immer die Operation überflüssig oder reduziert sie auf eine minimale Inzision. Aber selbst, wenn sie spät vorgenommen wird, lokalisiert sie die Läsionen und beschleunigt die Vernarbung. Was die Technik anbelangt, so verwendet der Verfasser fast ausschließlich Autovakzine und nur selten die im Handel käufliche „Stock"-Vakzine (Parke, Davis-London oder Carrion-

Digitized by Google

Paris). Jedenfalls verwendet er immer Autovakzine, wenn die „Stock"-Vakzine versagt. Die Verwendung von Autovakzine ist auch in der Praxis wohl möglich, wenn der Arzt etwas Eiter, wie zur bakteriologischen Diagnose, an ein Laboratorium einsendet. Vier Tage später kann ihm dann die fertige Autovakzine zugestellt werden. Besonders ist dies bei Staphylokokkenvakzine leicht, wo der eingesandte Eiter, fast immer Reinkulturen ergibt. Die Injektionen selber werden unter Einhaltung allgemeiner Regeln der Asepsis unter die Haut vorzugsweise der Glutäalgegend gemacht. A. Gunsett-Straßburg.

Feste Kohlensäure in der dermatologischen Therapie, von F. Gallet. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 465.) Der Anwendung des Kohlensäureschnees auf der Haut folgen reaktionelle Erscheinungen, die das klinische Bild von Verbrennungen erzeugen. Verfasser hat experimentelle Untersuchungen an der Planta pedis von Meerschweinchen (5—15—30 Sekunden Gefrierdauer) angestellt und gefunden, daß sich bei sofortiger Exstirpation und mikroskopischer Untersuchung der gefrorenen Partien nur kaum wahrnehmbare Veränderungen der Epidermis finden lassen. Bei nach drei Stunden herausgenommenen Teilen beginnt die Epidermis sich von der Unterlage abzuheben und in ihren mittleren Lagen Degenerationserscheinungen zu zeigen. Auch nach 24 Stunden sind die Erscheinungen nicht sehr ausgesprochen, die Epidermis hebt sich mehr ab, die Lücke füllt sich mit Blutelementen, es zeigen sich Symptome von sekundärer Regeneration und entzündlicher Reaktion der Haut. Auch an der Wand der Kapillaren können sich bei genügend langer Gefrierdauer Läsionen zeigen. Es kommt zum Austritt von Blutelementen aus den Gefäßen.

Bei der Behandlung der Nävi tut das Kohlensäurebehandlungsverfahren gute Dienste. Meist sieht auch die Narbe gut aus, nur in einzelnen Fällen erscheint sie durch zu große Blässe wenig schön. Genügend oberflächliche Teleangiektasien nach Röntgen- und Radiumbestrahlung erfahren durch Kohlensäureschneebehandlung eine günstige Beeinflussung. Ziemlich gute Resultate auch in bezug auf das Aussehen konstatierte Verfasser bei Lupus erythematosus. Verfasser sah ein Rezidiv unter dieser Behandlung auftreten, aber nichts von der anderweitig beschriebenen Verschlimmerung. Lupus tuberculosus wird nicht günstig beeinflußt; dagegen Keloide, Warzen, oberflächliche Epitheliome. Allgemein gültige Regeln über die Dauer der Behandlung und die Stärke des Druckes lassen sich nicht geben. Es muß in jedem einzelnen Falle individualisiert werden. — Die Arbeit enthält sechs Seiten Literatur und acht instruktive Abbildungen.

Fritz Loeb-München.

Die Verwendung der festen Kohlensäure zur Beseitigung oberflächlicher Tumoren der Haut, speziell der Angiome, Teleangiektasien und flachen Kankroide, von Friedrich Koehl. (Dissertation, Marburg 1911.) Die Erfahrungen des Verfassers zeigen, daß die Kohlensäurebehandlung aller Angiome der Haut gute Resultate gibt. Besonders günstig werden die oberflächlichen Teleangiektasien beeinflußt. Hier tritt in den meisten Fällen nach mehrmaliger oberflächlicher Einwirkung narbenlose Heilung ein. Bei den tiefsitzenden, subkutanen Angiomen hat sich die Kohlensäurebehandlung selbst dann bewährt, wenn es sich um kavernöse handelte.. Hier lassen sich allerdings Narben nicht immer vermeiden, weil die Kohlensäure längere Zeit und unter stärkerem Druck einwirken muß. Aber diese Narben sind nicht so ausgedehnt und eingezogen wie diejenigen, die nach Anwendung der anderen Methoden entstehen. Auch die Naevi pigmentosi et pilosi lassen sich durch die Kohlensäure leicht beseitigen, und zwar ohne oder höchstens mit geringer Narbenbildung. Bei der Behandlung des Lupus decken sich die Erfahrungen des Verfassers mit den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Auch Verfasser hatte gute Resultate. In einem Falle trat vollkommene Heilung ein, in den anderen bedeutende Besserung. Verfasser hebt die geringe Narbenbildung bei

Digitized by Google

dieser Lupusbehandlung hervor. Jedenfalls haben wir nach seiner Ansicht in der Kohlensäure ein Mittel, mit dem gelegentlich Kankroide und Lupusherde günstig beeinflußt werden können. Die Kohlensäurebehandlung steht den anderen Methoden nicht nach, übertrifft sie sogar an Schnelligkeit der Wirkung und an schöner Narbenbildung.

Fritz Loeb-München.

Eine einfache Methode zur Herstellung von Kohlensäureschnee, von MAURICE B. AHLBORN-Wilkes-Barre, Pa. (Journ. amer. med. assoc., 6. April 1912.) Um die Ausflußöffnung eines Kohlensäurezylinders wird mit Bindfaden ein von einem Lederhandschuh abgeschnittener Finger gebunden. Kurze Zeit nach Einströmen der Kohlensäure fühlt sich der Finger wie ein Eiszapfen an. Durch einen 1—1$^1/_2$ Zoll vom Fingerende entfernten Schnitt, der rund um den Finger verläuft, erhält man einen Kohlensäureschneestift, dessen stumpfes Ende noch mit einem Teil des Handschuhfingers bedeckt ist und hier bequem gehalten werden kann. Das zum Gebrauch bestimmte Ende des Stiftes kann mit einem scharfen Messer in jeder gewünschten Form bearbeitet werden.

Fendt-Wiesbaden.

Die Anwendung des Kohlensäureschnees, von L. DEKEYSER. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 10.) Verfasser hat gute Erfolge bei flachen Nävis und Lupus erythematosus gehabt. Keine Erfolge bei der Rosazea. Zu widerraten ist die Anwendung bei erhabenen angiomatösen Nävis. Beschreibung eines modifizierten Apparates.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Verteilung des Arsens im tierischen Organismus, von SCHILLING und NAUMANN-Berlin. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, H. 4.) Um zu untersuchen, ob die Zellen der verschiedenen Organe eine elektive Aufnahmefähigkeit für in isotonischer Lösung beigebrachte chemische Substanzen besitzen, benutzte Verfasser das Arsenophenylglyzin an normalen Kaninchen und an solchen, welche längere oder kürzere Zeit mit Naganatrypanosomen infiziert waren. Dosis: 0,2 g pro Kilo, in 10%iger Lösung, intravenös. Nach 24—48 Std. wurden die Tiere getötet, und die glukogenen Organe, sowie das Blut nach dem Verfahren von LOCKEMANN auf As untersucht.

Der überwiegende Teil des noch nicht ausgeschiedenen As kreist 24 Stunden nach der intravenösen Injektion im Blute. Das Blutserum enthält mehr als der Blutkuchen. Es ist anzuehmen, daß die Blutkörperchen des kreisenden Blutes dem Plasma keine beträchtlichen Mengen As entziehen. Der Asgehalt der Organe wechselt. Gehirn und Rückenmark enthält absolut wie relativ am wenigsten. Von den Abdominalorganen enthalten die Nieren relativ am meisten, die Leber am wenigsten. Zieht man das im Organblut enthaltene As von dem im Organ gefundenen ab, so enthalten die Milzzellen relativ große Mengen, dann folgen die Nieren-, dann die Leber-, während die Gehirn- und Rückenmarkszellen frei sind. Das Arsenophenylglyzin ist demnach wenig organotrop, daher gegen Plasmaparasiten ein geeignetes Heilmittel.

Werther-Dresden.

Über Arsenferratose BOEHRINGER, von W. D. NIKOLSKAJA-Petersburg. (Terapewtisch Obosrenie, 1912, Nr. 3.) Arsenferratose wird mit gutem Erfolge angewendet bei verschiedenen anämischen Zuständen, besonders nach Operationen und nach überstandener Geburt, allgemeiner Schwäche, Appetitlosigkeit, hebt das Allgemeinbefinden, den Appetit und bessert die Ernährung und hob in allen Fällen das Körpergewicht.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Die pathologische Anatomie der Arsenvergiftung, von LOUIS R. GROTE-Bremen. (Inaug.-Dissert., Berlin 1912.) Beim chronischen Arsenizismus treten alle denkbaren Zwischenstufen vom einfachen Erythem bis zu zahlreichen Bullae und Pusteln an der Haut auf. Das Erythem kann bei jeder Art der Arsendarreichung vorkommen; es folgt meist kurze Zeit darauf. Bei Injektionen pflegt es von der Injektionsstelle seinen Aus-

Digitized by Google

gang zu nehmen. Es ist vielfach nur vorübergehend, zeigt aber auch Übergänge in vesikuläre Formen, die dann stabiler bleiben und zu Pusteln und eitrigen Ulzerationen führen können. Isolierte Erytheme sind selten, z. B. beobachtet bei Arbeitern, die mit Schweinfurter Grün zu tun hatten. Bei einer versehentlichen Intoxikation mit Rattengift sah Moreira einen universellen Prurigo nach vier Tagen auftreten, der später sich in papulöse Eruptionen umwandelte und Keratosen in den Handflächen zurückließ. Ebenso sind Papeln von dem Applikationsorte unabhängig. Derselbe Verfasser fand eine allgemeine papulöse Hautveränderung, die sich über den ganzen Rumpf und die Extremitäten ausbreitete, nach längerem Gebrauch von Solutio Fowleri. Fordyce berichtete über sich schnell entwickelnde Papeln am ganzen Körper, die mit Ödem der Genitalien einhergingen, bei einem Arbeiter, der beim Entladen eines Schiffes beschäftigt war, das arsenhaltige Waren enthielt. Papadakis fand unter 60 Fällen von Vergiftung durch arsenverunreinigtes Brot 8 Fälle von Urtikaria. Bei einem Mädchen, das späterhin starke nervöse Störungen zeigte, konstatierte Facklam acht Tage nach Abklingen der Magendarmerscheinungen einen Nesselausschlag und Miliaria crystallina, verbunden mit starker Trockenheit der Haut und Atrophie der Finger- und Fußnägel. In ganz vereinzelten Fällen ist auch das Auftreten von Purpura beobachtet worden, so von Dubrandy nach Genuß arsenhaltigen Weines während einer Massenvergiftung in Hyères. Einen merkwürdigen Fall lokaler versikulöser Eruptionen beobachtete Vernois, die sich auf dem Vorderarm einer Frau fanden, die ein aus arsenhaltigem Material gefertigtes Armband trug. Gerhardt berichtet über bläschenförmige gruppenweise Hautausschläge im Sinne eines Herpes zoster arsenicalis, der meist im Gesicht auftrat. Unter 31 choreakranken Kindern, die mit Arsen behandelt wurden, zeigten sich acht davon befallen. Weitgehende Blasenbildung und Entstehung von eiternden Geschwüren, sah Riedel nach Einreibung eines Krätzemittels in die Haut bei einem 20jährigen Mädchen seitens eines Kurpfuschers (Exitus). Die besondere Entstehungsursache dieser verschiedenartigen Erscheinungen auf der Haut ist völlig unbekannt. Lewin hält die Anwesenheit von Arsen in der Haut für unbedingt erforderlich, um diese Veränderungen hervorzurufen, andere wollen mehr den durch das Gift veränderten allgemeinen Stoffwechsel als ursächliches Moment ansehen.

Die Arsenmelanose ist eine Ablagerung von Pigment in der Haut, welches dieser ein Aussehen verleiht, das unter Umständen einen Morbus Addisonii vortäuschen kann. Differentialdiagnostisch ist das Freibleiben der Schleimhäute meist verwertbar. Histologische Untersuchungen sind von v. Wyss angestellt. Es fand sich nach Gebrauch von Solutio Fowleri ein arsenfreies Pigment in den Epithelzellen des Rete Malpighi und im Papillarkörper, und zwar zu eigentümlichen „hirschgeweihförmigen" Gruppen angeordnet. Besonders war die Umgebung der zentral gelegenen Kapillaren des Papillarkörpers mit Pigment angefüllt, nie die Gefäße selbst. Auch im tieferen Korium ließ sich das Pigment nachweisen, locker in perivaskulären Lymphräumen verteilt. Es liegt nahe, die Pigmentablagerung mit dem bei jeder Arsenvergiftung auftretenden Zerfall der Erythrozyten in Verbindung zu bringen, doch ist dies keineswegs erwiesen. — Für lokale Arsenwirkung spricht die Tatsache, daß bei allen chronischen, zum Teil auch bei den akuten Vergiftungen das Gift in der Haut, den Haaren, dem Inhalt der Pusteln und Bläschen gefunden wurde. Im Verlaufe der chronischen Vergiftung können Keratosen an Handflächen und Fußsohlen auftreten, die Haare ergrauen und in Menge ausfallen, an den Nägeln können gewisse trophische Störungen sich zeigen, indem sie trüb und brüchig werden.

Direkte Applikation von Arsenlösungen auf die Haut bleibt auf den Organismus ohne Einfluß, da Arsen durch die unversehrte Epidermis der menschlichen und tierischen

Digitized by Google

Haut nicht zu dringen vermag. Versuche, die Vogel an Tieren und Stas an sich selbst durch Baden in Arsenlösung anstellte, lassen dies sicher erscheinen. Nur v. Jaksch gibt an, daß eine Durchdringung der Haut möglich sei, wenn Arsen in Salbenform appliziert werde. Fritz Loeb-München.

Kritische Studie über die Anwendung des Salvarsans, seine Pharmakologie, Technik, Anzeigen und Gegenanzeigen, von Emmanuel-Agis Garcin. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 291, 130 S.) Die Arbeit enthält für den Leserkreis der Dermatologischen Wochenschrift nichts Neues. Verfasser weist auf die Notwendigkeit hin, eine Reihe von Jahren zu warten, um zu sehen, was dann über die Folgen und ev. Dauerwirkungen des Salvarsans gesagt werden kann. Er ist in dieser Erwartung recht skeptisch. Seine Arbeit enthält ein brauchbares Literaturverzeichnis von 19 Seiten Umfang.

Fritz Loeb-München.

Der Einfluß der Mikrobien auf die Wirkung von Salvarsan (II), von W. L. Yakimoff und N. Kohl-Yakimoff. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Als Ergänzung ihrer früheren Arbeit über das gleiche Thema (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 49) berichten Verfasser über Untersuchungen, welche sie zur Prüfung der Toxizität des Salvarsans bei gleichzeitiger Infektion der Versuchstiere (Mäuse) mit Endotoxinen von anderen Mikrobien (in der ersten Versuchsreihe war mit Bacterium coli commune gearbeitet worden) angestellt haben. Es wurden verwendet: Bac. pyocyaneus, Staphylococcus aureus, der Friedländersche Pneumobazillus, der B. subtilis und B. tetragenus. Letzterer Mikroorganismus erwies sich als völlig indifferent; dagegen war bei der Einverleibung der Endotoxine der anderen Mikrobien eine nachweisbare Steigerung der Toxizität des Salvarsans zu konstatieren, die sich bei gleichzeitiger Infektion mit Trypanosomen noch erheblich steigerte. Am intensivsten war allerdings die Erhöhung der Toxizität bei Verwendung des Bact. coli comm. ausgesprochen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Schädigende Einflüsse auf Salvarsan und Arsenophenylglyzin, von Richard Gonder-Frankfurt a. M. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene, 1912, H. 2.) Aus den mit Mäusen angestellten umfangreichen Versuchen geht nicht nur wieder mit zwingender Deutlichkeit hervor, daß man sowohl bei Salvarsan — und das interessiert besonders — als auch bei Arsenophenylglyzin nur absolut chemisch reines und absolut toxinfreies Wasser zur Herstellung der Injektionslösungen verwenden muß, wenn man unangenehme Nebenerscheinungen vermeiden will, sondern auch daß die Wirksamkeit, also der Heilerfolg, bei Verwendung von nicht toxinfreiem Wasser herabgesetzt ist.

Die chemischen Zusätze bestanden bei den Versuchen in Kalzium- und Magnesiumsalzen in geringen Quantitäten, da Kalzium und Magnesium oft im Leitungswasser vorkommen, und sehr häufig Injektionsspritzen usw. im kochenden Leitungswasser sterilisiert werden, so daß es je nach dem Kalzium- und Magnesiumgehalt des Wassers mehr oder weniger zu Ablagerungen in der Spritze kommen kann.

Maximilian Franz-Dresden.

Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen, von E. Hoke und J. Rihl-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 13.) Zu dem gleichnamigen Artikel von Kochmann (Münch. med. Wochenschrift, 1912, S. 18) bemerken Verfasser, daß sie bereits im April 1911 als tödliche Dosis für Kaninchen 0,204 g pro Kilo Tier bei intravenöser Infusion in alkalischer Lösung publizierten. Sie bringen auch eine Ergänzung resp. Berichtigung der Kochmannschen Darstellung der von Hering publizierten Untersuchungen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Behandlung der äußerlichen parasitären Krankheiten, von SABOURAUD. (Bibliothèque de thérapeutique, 1911.) In dieser Arbeit gibt SABOURAUD nicht nur die zur Behandlung der parasitären Affektionen notwendigen Medikamente an, sondern auch bei jedem Krankheitsbilde einige kurze klinische Winke. Nachdem er zuerst die Selbstverteidigung der Haut gegen Mikrobien besprochen hat, kommt er zu den animalischen Parasiten, dann zu den Dermatophytien der glatten und behaarten Haut. Daran schließen sich, wie er sie nennt, die exsudativen und pustulösen mikrobischen Dermatitiden (Impetigo contagiosa, Furunkel usw.), dann die schuppenden Affektionen, Seborrhöe und Akne an. Nachdem er die verschiedenen Warzenformen besprochen, kommt er zum Schluß zu der ulzerösen Form, wie Ekthyma, und dann zu den chronischen Entzündungen: Tuberkulose, Syphilis usw. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein neuer Zellbildner; dessen klinische Verwendung zur Behandlung von Geschwüren, von C. D. MACALISTER-Liverpool. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Zur Anregung der Entwicklung von Zellen an Geschwürsflächen empfiehlt Verfasser das Allantoin als ein sehr energisches und verschiedentlich erprobtes Mittel. Seine Aufmerksamkeit wurde darauf hingelenkt durch die Tatsache, daß die wilde Schwarzwurzel (Symphytum officinale) in manchen Gegenden von England nach alter Tradition den Ruf eines vorzüglichen Heilmittels bei allen Geschwüren besitzt. Zur Probe behandelte er eine große Ulzeration am Thorax (9,6×7,2 cm), die seit zwei Jahren aller Therapie getrotzt hatte, mit einem starken Aufguß der pulverisierten Wurzel, wobei er eine lebhafte Epithelbildung schon nach etwa einer achttägigen Anwendung des Verbandes konstatieren konnte. Nachdem die chemische Analyse der Wurzel neben anderen Bestandteilen einen ziemlich erheblichen Prozentsatz von Allantoin ergeben hatte, ging Verfasser dazu über, Heilversuche mit dieser Substanz anzustellen resp. durch einige Kollegen ausführen zu lassen. Bei einer größeren Reihe von verschiedenartigen Geschwüren bewährte sich ein Verband mit einer 0,3—0,4%igen wässerigen Lösung ganz ausgezeichnet und hatte offenbar einen eminent fördernden Einfluß auf die Entwicklung von neuem Epithel. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der neue Zellbildner: Bemerkungen über Symphytum officinale oder Beinwurz, von W. BRAMWELL-Liverpool. (Brit. med. Journ., 6. Jan. 1912.) Die Beobachtungen MACALISTERS über die Bedeutung der Wurzel des Symphytum officinale (Beinwurz oder Schwarzwurz, englisch: Common Comfrey) als ein Anregungsmittel zur Zellentwicklung bei Ulzerationen bestätigt B. aus seinen eigenen Erfahrungen. Es wird ein Stück Lint mit dem einfachen Auszug aus der Wurzel getränkt und auf die Geschwürsfläche aufgelegt. Nach einigen Stunden ist ein solcher Verband fest und trocken und wirkt in gewissem Grade komprimierend. Zur Abnahme ist ein längeres Einweichen in Wasser nötig; man kann aber den Verband längere Zeit in situ belassen. Gegen Pruritus ani hat sich das Mittel auch gelegentlich bewährt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Mitteilungen zur Verwendung der Adrenalinanämie als Hautschutz in der Röntgen- und Radiumtherapie, von K. REICHER und E. LENZ-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Die Verfasser empfehlen eine neue Methode zur Desensibilisierung der Haut mittels Adrenalinnovokainlösung in der Röntgen- und Radiumtherapie, und zwar die Iontophorese. Dieselbe bietet besondere Vorteile beim Bestrahlen größerer Flächen. Bei kleineren Bestrahlungsfeldern geben sie jedoch der Injektionsmethode den Vorzug, da dieselbe intensiver wirkt und länger anhält.

Albert Kunst-Dresden.

Experimentelle und klinische Erfahrungen mit Azodermin, von F. CURSCHMANN-Greppinwerke. (Ther. Monatsh., 1911, Heft 12.) Azodermin ist ein gelblichrotes feines Pulver. Die mitgeteilten Tierversuche lassen den Schluß zu, daß es gegenüber

Digitized by Google

dem Amidoazotoluol als ungiftig erscheint. Verfasser behandelte eine große Zahl von Unterschenkelgeschwüren, Verbrennungen, schlecht überhäutenden Granulationen mit einer 8—10%igen Azodermsalbe und sah bei gereinigten Geschwürsflächen zumeist sehr günstige Resultate. Arthur Schucht-Danzig.

Caciulata, von Uscatu-Bukarest. (Spitalul, 1912, Nr. 2.) Das Mineralwasser von Caciulata hat gewisse Ähnlichkeiten mit denjenigen von Evian, Vittel, Fachingen usw. und wird wie diese hauptsächlich bei harnsaurer Diathese, Nierensteinen, Zystitis usw. angewendet, von vielen sogar als eine viel kräftigere Wirkung als erstere besitzend, betrachtet. Der Verfasser hat nun mit demselben Versuche an Hunden angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

Bei Hunden mit künstlicher Magenfistel kann festgestellt werden, daß das Caciulatawasser den Magen eben so rasch verläßt, wie gewöhnliches Trinkwasser, also ebenso rasch verdaut wird, was durchschnittlich etwa $^1/_2$ Stunde in Anspruch nimmt. Um die Wirkung des Mineralwassers also voll zur Entfaltung zu bringen, muß dasselbe auf nüchternen Magen und mindestens $^1/_2$ Stunde vor dem Essen genommen werden.

Es zeigte sich ferner, daß das Mineralwasser, auf intravenösem Wege eingeführt, eine elektive Wirkung auf die Nieren hat, indem es eine Herabsetzung des arteriellen Druckes und eine Verkleinerung des Nierenvolumens bewirkt, ohne auf die allgemeine Zirkulation irgend welche Wirkung auszuüben. Ähnliche Wirkungen kann man auch mit anderen salinen hypotonischen Lösungen erzielen. Interessant und therapeutisch wichtig erscheint die Tatsache, daß auch das in den Magen eingeführte Caciulatawasser eine ähnliche Wirkung auf die Nierenzirkulation und -größe ausübt, woraus also zu schließen wäre, daß dasselbe, trotz des Weges, den es im allgemeinen Kreislaufe durchmacht, doch nicht isotonisiert wird. E. Toff-Braila.

Neue Applikationen des Gomenols, von Gueguen. (Courier méd., 4. Febr. 1912.) Das Gomenol kann zu Pinselungen benutzt werden und ersetzt ganz die Jodtinktur. Es kann zur Desinfektion der Hände, des Operationsfeldes und der Instrumente dienen und auch zur Fistelbehandlung verwandt werden. Die Fistel wird zuerst mit Gomenolwasser gewaschen, dann wird 33% Gomenolöl oder reines Gomenol injiziert.

A. Gunsett-Straßburg.

Prognose der Hörstörungen, die durch das Hektin verursacht sind, von Gaucher und Guggenheim-Paris. (Presse méd., 1912, Nr. 12.) In zwei Fällen, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird, existieren von der Hektinbehandlung skleröse Veränderungen des Hörorgans. Doch zeigten beide Kranken eine ganz verschiedene Empfindlichkeit der neurotoxischen Wirkung des Medikaments gegenüber. Bei dem einen addierten sich die bilaterale Taubheit und das Ohrensausen den alten Gehörstörungen erst in dem Moment, als eine große Quantität Hektin bereits absorbiert war. Die Kochlearstörungen vermehrten sich, je mehr man Hektin injizierte. Sobald man damit aufhörte, gingen die Störungen zurück, so daß zwei Monate nach Sistieren der Behandlung die Hörfähigkeit wieder auf dem status quo ante angelangt war. Nur eine Verminderung der Knochenleitung blieb übrig. Ganz anders reagierte der zweite Fall. Ganz plötzlich, nach Absorption von 10 Dosen Hektin à 0,2 folgte auf eine leichte, unilateral präexistierende Taubheit, welche ebenfalls die Folge einer langsam progressiven Ohrsklerose war, eine bilaterale absolute Taubheit, die von Ohrensausen begleitet war. Diese ganz neue auf die alte Erkrankung folgende Alteration, eine Labyrinthitis, ist sicher auf Konto des Hektins zu stellen. Diese Taubheit persistiert übrigens schon neun Monate und scheint definitiv werden zu wollen, trotzdem im ganzen nur 2 g Hektin, in 10 Einspritzungen verteilt, gegeben worden waren. Dieser besonders schwere Fall rechtfertigt folgende therapeutische Ratschläge: Bei Kranken, deren Gehörorgan

Digitized by Google

normal ist, wurden die Ohrläsionen nur bei besonders großen Dosen konstatiert. Man darf infolgedessen nie mehr als 0,1 pro injectione geben und nicht 0,2. Außerdem muß immer eine Periode von 10 Ruhetagen zwischen zwei Serien von Einspritzungen à 0,1 eingeschoben werden. Bei Kranken mit alten Ohraffektionen soll in jedem Falle von diesem Medikament abgesehen werden. „Übrigens braucht man das Aufgeben des Hektins in diesen Fällen nicht zu bedauern, da im allgemeinen dieses Mittel nur einen relativen Wert bei Syphilis hat. Es hat, wie alle organischen Arsenpräparate, meist nur eine Wirkung auf ulzeröse Läsionen. Es heilt nur die Ulzerationen, nicht die Krankheit." A. Gunsett-Straßburg.

Dosierungen und Gegenanzeigen des Hektins, von F. Balzer-Paris. (La presse médicale, 1911, Nr. 102.) Das Hektin, dessen gute Wirkung in der Behandlung der Lues in zahlreichen Fällen erprobt worden ist, hat keine toxische Wirkung, falls keine allzu großen Dosen angewendet werden. Die Mitteldosis beträgt 10 cg in täglichen Einspritzungen, oder 20 cg jeden zweiten Tag, derart, daß die Gesamtdosis 2—3 g nicht überschreitet. Sehr vorteilhaft ist die Verbindung des Mittels mit Hg, das unter dem Namen Hektargyr bekannt ist.

Erscheinungen von seiten des Auges oder des Ohres kommen bei Anwendung therapeutischer Dosen nicht zur Beobachtung, und falls ausnahmsweise eine Störung im Bereiche der betreffenden Nervenstämme stattfindet, so verschwindet dieselbe meist bald nach Aussetzen des Mittels. Nichtsdestoweniger ist es empfehlenswert, sich vor Anwendung des Mittels von dem guten Zustande, in welchem sich Seh- und Hörnerv befinden, zu überzeugen. Auch soll man den Harn auf Eiweiß untersuchen und womöglich sich auch von der normalen Stickstoffausscheidung überzeugen. Sind Störungen von seiten des Optikus zu verzeichnen, wie z. B. im Anfang der Tabes, dann soll das Mittel nur mit großer Vorsicht benutzt werden, trotzdem gesagt werden muß, daß zahlreiche Tabesfälle im Beginne der Krankheit unter der Hektineinwirkung eine deutliche Besserung gezeigt haben. Das Hektin ist kein Heilmittel für diese Krankheit, doch setzt es dem Fortschreiten derselben einen gewissen Widerstand entgegen.

Das Hektin kommt in den Handel in geschlossenen Ampullen, in welchen es sich sehr lange unverändert hält, mit der Bedingung, daß es lichtfrei aufbewahrt werde. Unter einem längeren Lichteinflusse wird der Inhalt der Ampullen gelb oder gelbbraun, weil eine Zersetzung eintritt, indem Arsennatrium und andere organische und wenig giftige Körper abgeschieden werden. Es ist jedenfalls vorzuziehen, falls man eine derartige färbige Veränderung wahrnimmt, den Inhalt der Ampullen nicht einzuspritzen, sondern dieselben umzutauschen. E. Toff-Braila.

Beiträge zur Geschichte der Quecksilbertherapie, von Kurt Bardach. (Inaug.-Dissert., Heidelberg 1911.) Die ungemein fleißige und ebenso interessante Arbeit entzieht sich der referierenden Berichterstattung und verdient ein Studium im Original. Sie ist in der Heidelberger Verlagsanstalt und Druckerei Theodor Berkenbusch erschienen.
Fritz Loeb-München.

Über das Verhalten des Körpergewichts bei Quecksilberbehandlung, von Alfred Rall. (Inaug.-Dissert., Erlangen 1911.) An Blennorrhöe, Ulcus molle usw. Leidende, also nicht mit Quecksilber Behandelte, zeigten in allen Krankheitswochen eine Zunahme des Körpergewichts, die mit Ausnahme einer Woche (der vierten) ständig stieg. Bei den mit Quecksilber und Quecksilberpräparaten Behandelten fand sich ebenfalls im allgemeinen eine Zunahme. Allerdings ist sie hier in den ersten Wochen nur gering, in der vierten und fünften war sogar eine Abnahme zu verzeichnen. Auch bei längerer Behandlung bleibt dann die Zunahme gegenüber den nicht mit Quecksilber Behandelten erheblich zurück. Die an der Erlanger Klinik gewonnenen Erfahrungen

Digitized by Google

zeigen, daß in der Mehrzahl der Fälle eine Quecksilberkur nicht zu Reduzierung des Allgemeinzustandes führt. Es ergab sich sogar unter der Behandlung mit Merkur, und um so mehr, je gründlicher und länger die Kur durchgeführt wurde, eine nicht unwesentliche Zunahme des Körpergewichts. Fritz Loeb-München.

Experimentelle Untersuchungen über die Stomatitis mercurialis, von René Le Blaye. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 389.) Kaninchen und Meerschweinchen, welche man einer künstlichen Quecksilberintoxikation unterwirft, die selbst wochenlang andauernd und mit fast sofort tödlichen Dosen vorgenommen wird, zeigen keine Erscheinungen von Stomatitis. Bei Hunden läßt sich dagegen mit großen Dosen eine entzündliche Affektion des Mundes erzeugen. Zuerst tritt eine leichte Gingivitis auf, dann entstehen ulzero-gangränöse Plaques an den Schleimhautteilen, die mit den Zähnen in Berührung kommen. Werden die toxischen Dosen fortgesetzt, so verendet der Hund in einem kachektischen Zustand, der rapid auftritt und mit der Verweigerung jeder Nahrungsaufnahme und mit der entstehenden Enterokolitis in Zusammenhang steht. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudates von der Oberfläche der stomatitischen Plaques des Hundes zeigt außer einer sehr reichen anderen Bakterienflora zahlreiche fusiforme Bazillen und eine Spirochätenform, die mit der bei der ulzerösen Angina Vincenti beschriebenen identisch ist. Die anatomische Untersuchung zeigt eine oberflächliche nekrotische, mortifizierte und eine tiefere inflammatorische Zone. Gelegentlich werden braune Pigmentierungen gefunden, die vom Blut herrühren. Die Stomatitis mercurialis ist ebensowenig wie die primären Stomatitiden und ulzerösen Anginen auf die gewöhnlich in der Mundhöhle vorhandenen pyogenen Bakterien zurückzuführen, sie ist vielmehr eine Spirillose, verursacht durch nekrogene Bakterien. Es erscheint dem Verfasser wahrscheinlich, daß das Quecksilber in elektiver Weise die Empfänglichkeit des Organismus für gewisse Giftstoffe steigert. So wenigstens wäre zu erklären, daß Meerschweinchen und Kaninchen, die für fuso-spirilläre Infektion nicht empfänglich sind, sich gegen die Stomatitis mercurialis gänzlich refraktär verhalten, daß der Hund, der wenig empfänglich ist, großer Dosen bedarf, um die betreffenden Erscheinungen zu zeigen, und daß der Mensch, der spontan sehr empfänglich für fuso-spirilläre Infektion ist, schon unter der Wirkung ganz geringer Quecksilberdosen schwere Komplikationen von seiten der Mundschleimhaut zeigt. Fritz Loeb-München.

Nephritis mercurialis, von René Roussel. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 456.) Fritz Loeb-München.

Ein Fall von ungewöhnlicher Empfindlichkeit des Kolon gegen Quecksilber, von Douglass W. Montgomery-San Franzisko. (Journ. amer. med. assoc., 23. März 1912.) Ein körperlich kräftiger Patient reagierte auf Injektionen von Hg. salicyl. in üblicher Dosis jedesmal mit einer schweren Kolitis: Dysenterie, Tenesmus, blutige Stühle. Auch nach Hg-Einreibungen traten ähnliche Erscheinungen auf. Im übrigen bevorzugt Verfasser die Anwendung von 10%igen Hg. salicyl.-Injektionen und hat bei 433 intramuskulären Injektionen keine größeren Unzuträglichkeiten erlebt. Zur Behandlung der merkuriellen Kolitis ist Opium zu empfehlen. Fendt-Wiesbaden.

Unsere therapeutischen Erfahrungen mit Ichthynat (Heyden), von Max Cordes-Berlin. (Allg. med. Ctrl.-Ztg., 1911, Nr. 52, 80. Jahrgang.) Verfasser bespricht in seiner Arbeit die Wirkung des Ichthynats, eines dem Ichthyol verwandten Präparats, das von der Firma Heyden in Radebeul in den Handel gebracht worden ist. Es ist nach Ansicht des Verfassers ein vollwertiger Ersatz für das Ichthyol bei Hautkrankheiten aus folgenden Gründen:

Das Ichthynat wirkt wie das Ichthyol anämisierend und dadurch entzündungswidrig, reduzierend und dadurch resorbierend, keratoplastisch und schließlich antipara-

Digitized by Google

sitär. Ferner hat es keine Reizung zur Folge und wirkt schmerzstillend. Außerdem ist es nicht so teuer wie das Ichthyol. Auch ein besonderer Vorzug ist der, daß sich bei Ichthynatbehandlung ein Bindenverband erübrigt. Auf die mit Ichthynat bepinselte Hautpartie wird nur eine dünne Watteschicht gelegt, die in kurzer Zeit eintrocknet. Dadurch wird eine Inokulation von Eiter und eine Verunreinigung durch Verrutschen der Verbände vermieden. Dieser Umstand ist sehr wichtig bei Furunkulose und Impetigo contagiosa. Sehr gut eignet es sich auch in Form eines 2—5%igen Zusatzes zu essigsaurer Tonerde und Bleiwasserlösung. Sehr gute Heilerfolge hat Verfasser bei Erysipel, Dermatitiden und Ekzemen gesehen. Die reizlose und schmerzlose Wirkung empfiehlt es auch bei akuter und chronischer Prostatitis. Bei ersterer in Gestalt von Klysmen (10—50 ccm einer 5% Lösung), bei letzterer als Zäpfchen mit Extract. Belladonnae. Kobligk-Dresden.

Über Ichthynat, von Aufrecht-Berlin. (Allg. med. Ctrl.-Ztg., 1912, Nr. 6.) Im Gegensatz zu der Arbeit des Dr. Cordes in Nr. 52, Jahrgang 1911, dieser Zeitschrift äußert sich Verfasser folgendermaßen über Ichthynat Heyden. Das Ichthynat sei sowohl in klinischer, wie physikalisch-chemischer Hinsicht dem Ichthyol nicht gleichwertig. Die therapeutischen Erfolge seien nach Arbeiten von Koerting und Kamprath durchaus nicht so günstig wie bei Ichthyol. In chemischer Hinsicht weist das Ichthyol nicht nur einen wesentlich höheren Gehalt an organisch-gebundenem Schwefel auf, sondern zeigt auch in bezug auf Äther- und Alkoholextrakte quantitative Verschiedenheiten. Kobligh-Dresden.

Experimentelle Studien über das Wesen der Jodoformidiosynkrasie, von Bruno Bloch-Basel. (Ztschr. f. exper. Pathol., 9. Bd.) Das Wesen der Jodoformidiosynkrasie besteht in einer abnormen Empfindlichkeit gegenüber den Kohlenwasserstoffradikalen mit einem C-Atom. Die anscheinend so unvermittelte und unerklärliche Reaktion stellt nichts anderes vor, als die übermäßige Steigerung einer Eigenschaft, die prinzipiell auch der normalen Zelle zukommt, und nur darum latent bleibt, weil die gewöhnlich geprüften Agentien zu schwach sind, um sie in Erscheinung treten zu lassen. Man muß Überempfindlichkeit = gesteigerte Reaktionsfähigkeit gegen Agentien, welche in hinreichender Quantität, Konzentration und Zeitdauer auch beim normalen Individuum pathologische Erscheinungen auszulösen vermögen und Idiosynkrasie = qualitativ geänderte spezifische Reaktionsfähigkeit gegen ein Agens, das beim Normalen nie eine Reaktion auslöst, streng auseinander halten. Aus den angestellten Versuchen ergiebt sich, daß es die im Jodoformmolekül enthaltene Methingruppe CH ist, welche das eigentliche idiosynkrasische Agens bildet, d. h. mit der Gruppe der idiosynkrasischen Zelle in Aktion tritt, während den Jodatomen dabei infolge ihrer chemischen Labilität eine bloß die Verankerung vermittelnde Rolle als Überträger zuzuschreiben ist. Streng logisch genommen müßten wir nicht von einer Jodoformidiosynkrasie, sondern von einer Methyl- resp. Methinüberempfindlichkeit reden, zumal bei den verschiedenen idiosynkrasischen Individuen in verschieden hohem Grade eine ausgesprochene Steigerung einer an und für sich auch dem normalen Protoplasma zukommenden Funktion, der Affinität zur Methylgruppe CH_3, besteht. Chrzelitzer-Posen.

Der heutige Stand der experimentellen und therapeutischen Verwertung der Scharlachfarbstoffe, von V. Schmieden und E. Hayward-Berlin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 112, Heft 4—6.) Das Scharlach-R und dessen Komponente Amidoazotoluol haben sich einen dauernden Platz in der Therapie erworben zur beschleunigten Epithelisierung granulierender Flächen. Demgemäß finden sie ihr Hauptanwendungsgebiet in der Chirurgie und Dermatologie, demnächst in der Augen- und Ohrenheilkunde. Im Tierexperiment vermögen die Scharlachfarbstoffe atypische Epithelwucherungen aus-

Digitized by Google

zulösen. Echte Mitosenbildung und Lokomotion von Ganglienzellen der Retina sind zum ersten Male durch Scharlach-R-Wirkung nachgewiesen. Versuche, Epithelwucherungen der parenchymatösen Organe hervorzurufen, sind bisher resultatlos verlaufen. Trotz der Ähnlichkeit der Epithelwucherungen mit dem mikroskopischen Befund des Karzinoms ist weder experimentell noch klinisch jemals durch Scharlachfarbstoffe eine echte Krebsbildung festgestellt worden. Schourp-Danzig.

Die Teerbehandlung der Hautkrankheiten, von Nobl. (Centralbl. f. d. ges. Ther., 1911, Heft 11.) Fortbildungsvortrag, dem Dermatologen nichts Neues bietend. Haas-Hamburg.

Zur Anwendung des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie, von Otto Sachs-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Nach interner Darreichung von Urotropin konnte im Bläscheninhalte bei Herpes zoster, Erythema exsudativum und Impetigo Formaldehyd, das Abspaltungsprodukt des Urotropins, chemisch nachgewiesen werden. Ferner ließ sich konstatieren, daß einige Tage nach Urotropingebrauch die Effloreszenzen des Herpes zoster und des Erythema exsudativum den zum Krankheitsbilde gehörigen entzündlichen Hof stärker akzentuiert zeigen. Ob eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes sich durch Urotropin erzielen läßt, will Verfasser in Anbetracht des noch kleinen Materiales in dubio lassen. W. Lehmann-Stettin.

Angioneurosen.

Pellagra in der Kanalzone, von W. Deeks. (Med. Record, 23. März 1912.) Verfasser hat Pellagra in erster Linie bei Farbigen und in ganz überwiegendem Prozentsatz bei Frauen beobachtet. Er ist der Überzeugung, daß nicht der Mais allein, sondern jede mehl- und stärkehaltige Nahrung zusammen mit Rohrzucker im warmen Klima eine Autointoxikation hervorruft, besonders wenn der Stoffwechsel aus anderen Gründen vermindert oder verlangsamt ist. Er setzt seine Ansichten in sehr überzeugender Weise auseinander und berichtet über gute Erfolge, die er damit erreicht hat, daß er in der ersten Zeit die Diät beschränkt auf frische Fruchtsäfte, Bouillon und Milch und täglich dreimal 15—30 Tropfen verdünnter Salpetersäure in großen Flüssigkeitsmengen verordnet. Nach einigen Tagen wurde die strikte Diät erweitert, aber auch noch frei von Kohlenhydraten gehalten (Eier, Fleisch, Fische, alle grünen Gemüse und alle frischen Früchte). W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

6. Jahresbericht des Henry Phipps-Instituts-Philadelphia. Statistisches über im Institut zur Beobachtung gelangte Tuberkulöse und Sektionsberichte sehr eingehender Art. Die umfangreichen Aufstellungen, die in erster Linie Lungenkranke betreffen, aber auf alle Organe dabei Rücksicht nehmen, enthalten nichts über Tuberkulose der Haut oder des Harntraktus. Nebenbefunde an Nieren, Blasen und Geschlechtsorganen werden berichtet, bringen aber nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Ernst Heuss †. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel traf uns die Kunde von dem plötzlichen Tode unseres lieben Kollegen Dr. Heuss. Mitten aus einer glänzenden praktischen Tätigkeit, voll von wissenschaftlichen Zukunftsplänen schied er von uns. In

Digitized by Google

ihm verliert die Welt einen ernsten Forscher, einen Arzt von hervorragenden Eigenschaften, einen erfolgreichen und beliebten akademischen Lehrer. Wir aber betrauern in ihm vor allem den treuen und stets hilfsbereiten Kollegen, den aufrichtigen und ehrlichen Charakter. Aus vollster Gesundheit und Tätigkeit raffte ihn im Manövergelände bei Wyl (St. Gallen) am 4. September ein Herzschlag dahin, ein allzu frühes Opfer seiner Pflichttreue.

Eine ausgezeichnete Beobachtungsgabe und ein angeborener praktischer Blick im Verein mit umfassender Literaturkenntnis ließen ihn manches Neue in der Kasuistik entdecken und für die Therapie verwerten. Da ihn keine besondere Neigung zum Publizieren trieb, so wurden seine Beobachtungen und reichen Erfahrungen, die er an einem großen internationalen Material zu sammeln Gelegenheit hatte, meist nur den Wenigen zugänglich, mit denen Heuss in persönlichem Konnex stand. Einem weiteren Kreise ist daher seine wissenschaftliche Bedeutung weniger bekannt, als sie es verdient.

Ernst Heuss wurde am 9. Juni 1864 als Sohn eines Apothekers in Chur geboren. Er besuchte die Universitäten Zürich, Tübingen und Bern. In Tübingen war es Liebermann, in Bern Kocher und Lichtheim, die ihn besonders interessierten und anregten. Nach in Bern 1888 abgelegtem Staatsexamen machte Heuss als holländischer Schiffsarzt Reisen nach Sumatra und Java und besuchte bei dieser Gelegenheit die großen Marinehospitäler in Batavia und Soerabaja. Die Fülle der interessanten Hautkrankheiten, die er hier sah, gab ihm den ersten Anlaß, sich speziell der Dermatologie zu widmen. Nach seiner Rückkehr wurde er Assistent von v. Ins an der dermatologischen Klinik in Bern und arbeitete dann längere Zeit bei P. G. Unna in Hamburg. Im Jahre 1892 ließ Heuss sich in Zürich als Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten nieder, 8 Jahre später wurde er daselbst Privatdozent. Die von Jahr zu Jahr sich steigernde Zahl seiner Zuhörer bewies, daß er es verstand, Sinn und Interesse für sein Spezialfach zu wecken. In einer Reihe von Publikationen, die teils in den Monatsheften für praktische Dermatologie, teils in den Therapeutischen Monatsheften und im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte erschienen, hat Heuss seine Erfahrungen niedergelegt, unter denen hervorzuheben sind: Über Schweiß und Hautreaktion — 2 Fälle von Alopecia atrophicans — Über Arsenkeratosen und -melanosen — Duhringsche Krankheit — Keratoma hereditarium — Mycosis fungoides — Lichen ruber — Xeroderma pigmentosum — Ichthyosis — chronische Primeldermatitis. Besondere Verdienste um die Therapie erwarb Heuss sich durch die Einführung des Xeroform in die Praxis, durch seine Arbeiten über Paraplaste, über Alkoholdunstverbände, über die Behandlung der Rosazea, Psoriasis usw. Zuletzt widmete er sich erfolgreich der Radiumtherapie.

Ebenso tüchtig wie bescheiden, der Praxis emsig obliegend, stets von wissenschaftlichen Interessen beseelt, seinen Lehrern treu ergeben, seinen Schülern der beste Lehrer, seinen Kollegen der neidloseste und aufrichtigste Freund, ein Vorbild als Mensch und Kollege — so steht er vor uns.

Wir Schweizer Dermatologen werden Ernst Heuss ein dankbares Andenken stets bewahren.

Louis Merian-Zürich.

Erratum. In der Besprechung von „Karo, Die Prostatahypertrophie", in Nr. 38, S. 1192, vorletzte Zeile soll es statt „Jotumbin" heißen „Johimbin"; drittletzte Zeile „vorhanden sei" statt „ist"; viertletzte Zeile „der Meinung ist" statt „sei".

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Oktober 1912 | Nr. 42 | Band 55

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut (Vorstand: Prof. Albrecht) und der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten (Vorstand: Dozent Brandweiner) der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Weitere Mitteilungen über Purpura annularis teleangiectodes.

Von

Dr. Alfred Brandweiner,

Priv.-Doz. f. Dermatologie u. Syphilis, Abteilungsvorstand der Wiener allgem. Poliklinik.

(Mit 1 farbigen Tafel.

Im Jahre 1906 habe ich im 43. Band dieser Zeitschrift die Aufmerksamkeit auf diese zum erstenmal 1898 von Majocchi beschriebene seltene Affektion gelenkt. Ich konnte seinen fünf Beobachtungen drei neue anschließen, welche mit M.s Fällen eine so weitgehende Übereinstimmung zeigten, daß ich mich trotz einiger Abweichungen doch für berechtigt halten konnte, sie dem von M. gezeichneten Krankheitsbild einzufügen. Der wichtigste Unterschied zwischen Majocchis und meinen Fällen bestand darin, daß ich die von M. beobachtete Atrophie und Achromie im Endstadium der Krankheit nicht gesehen habe. Desgleichen habe ich in meiner Publikation schon darauf hingewiesen, daß die Ringform der Plaques keine konstante Erscheinung der Affektion ist, daß vielmehr oftmals auch irreguläre oder streifenförmige Flecken vorkommen. Bezüglich der weniger wichtigen Abweichungen verweise ich auf das im Bd. 43, S. 539 dieser Blätter von mir Gesagte.

Zur Identifizierung der Fälle Majocchis und der von mir mitgeteilten berechtigte mich jedoch, wie bereits erwähnt, ihre im übrigen so große Übereinstimmung bezüglich der klinischen Erscheinungen und histologischen Befunde. Bei einer so seltenen Affektion kann ja naturgemäß die erste Beschreibung nicht alle Symptome erschöpfen und bei später beobachteten Fällen konstatierte Abweichungen bedeuten daher eine Erweiterung des Krankheitsbildes. Dieser gilt auch diese Mitteilung, die zwei Fälle betrift, von denen uns besonders der zweite zeigt, daß die Purpura annularis teleangiectodes auch unter einem bisher ungewohnten Bild auftreten kann.

Digitized by Google

Zur kurzen Orientierung über Klinik, Histologie und Ätiologie dieser Dermatose führe ich hier die Schlußabsätze aus meiner früheren Mitteilung an und verweise bezüglich der Details auf das dort Gesagte:

„Die Purpura annularis teleangiectodes ist eine Hautaffektion, welche mit der Bildung kleiner, sattroter Flecken an den Extremitäten beginnt. Bei genauer Betrachtung zeigte es sich, daß diese Flecken durch das gehäufte Auftreten kleinster, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßer Fleckchen von sattroter Farbe zustandekommen. Auf Glas- oder Fingerdruck verändern diese Fleckchen weder Farbe noch Größe. Bei längerem Bestande wachsen diese, aus den kleinen Pünktchen bestehenden Flecken an, bilden oft Ring- oder Streifenformen und zeigen dann ein blaßbräunlich tingiertes Zentrum und einen peripheren Ring satt- bis blau- und braunroter Pünktchen, von denen einige jedoch auch in den zentralen Anteilen erhalten bleiben oder neu auftreten können. Nach Verlauf von Monaten verschwinden diese Krankheitserscheinungen völlig und spurlos, doch können Rezidiven eintreten. Die Erkrankung belästigt die von ihr befallenen Individuen weder während der allmählichen Eruption noch während des Bestandes der Flecken.

Die anatomische Basis des Krankheitsprozesses bilden kleinste kapillare und präkapillare Ektasien, die von spärlichen Blutaustritten begleitet sind. Neben diesen Veränderungen findet sich eine sehr mäßige Einscheidung der dilatierten Blutgefäße durch Rundzellen vor; neben ihnen kommen vereinzelte spindelige Elemente vor, welche wahrscheinlich gewuchertes adventitielles Gewebe darstellen.

Die Affektion befällt sowohl das männliche wie das weibliche Geschlecht und scheint an ein bestimmtes Alter nicht gebunden zu sein, wenngleich sie im jüngeren Alter am häufigsten vorzukommen scheint.

Bezüglich der Ätiologie des Leidens scheint die Annahme einer vasomotorisch-trophischen Grundlage am plausibelsten; wenngleich kleinste Traumen die unmittelbare Veranlassung zur Entstehung der primären Veränderungen abzugeben scheinen, so genügen sie allein zur Erklärung der Veränderungen nicht, sondern es setzt die Affektion noch eine Disposition voraus — eine periphere, vasomotorisch-trophische Labilität."

Die bisher erschienene Literatur, welche dieses Leiden betrifft, ist nicht sehr reichlich. Majocchis 1905 erschienene Publikation aus der Akademie der Wissenschaften des Institutes von Bologna war mir nicht zugänglich. Ich entnehme jedoch den Mitteilungen Verrotis und Radaelis, daß M. seine 5 ersten Beobachtungen um 2 vermehrt und Gefäßveränderungen im Sinne einer Endarteriitis obliterans gefunden hat. Dieser histologische Befund kehrt in einer kleinen Zahl der Beobachtungen (Ossola, Radaeli, Lindenheim) wieder und stellt die einzige nennenswerte Abweichung von den früheren mikroskopischen Ergebnissen (Majocchi 1898, Citernesi, Brandweiner) dar. Bezüglich der klinischen Differenzen wurde das Fehlen der Atrophie, auf welches ich zuerst hingewiesen habe, von einer Reihe von Autoren (Arndt, Hammer, Balzer und Galup, Vignolo-Lutati, Verroti, Lindenheim) bestätigt. Daß dieser Umstand durchaus nicht immer mit der kurzen Dauer der klinischen Beobachtung zusammenhängt, wurde letzthin von Lindenheim mit Recht betont. Er unterscheidet in Hinsicht auf das Vorhandensein oder Fehlen der Atrophie dem (dritten Stadium nach Majocchi) geradezu zwei Typen der Affektion. Diese Scheidung der Fälle erscheint jedoch mit Rücksicht auf die, wenn überhaupt vorhandene, so doch immer sehr zarte Atrophie

Digitized by Google

kaum gerechtfertigt. Es wurde Sklerose des Bindegewebes in einer Anzahl von Fällen beobachtet und diese kann dann wohl später zur Atrophie führen, wenn sie genügend stark entwickelt war; ist sie aber in nur geringem Maße vorhanden, so wird die Atrophie nur unbedeutend sein oder gar fehlen. In gleicher Weise erklärt sich die von einigen Beobachtern konstatierte Abflachung des Papillarkörpers. Ein wichtiges klinisches Symptom ist die Ringform der Effloreszenzen. Sie wurde von allen Autoren gefunden, doch bemerken diese, daß auch ovale, gyrierte oder streifenförmige Flecke vorkommen. Daß sich aber neben solchen Formen auch irreguläre Flecken vorfinden, hat Majocchi schon 1898 erwähnt. Ich betonte in meiner Publikation 1906 schon das Vorkommen irregulärer makulöser Elemente und auch Ferrari, Verroti und besonders Lindenheim fanden gleichfalls solche. Bezüglich des Sitzes der Effloreszenzen stimmen die Beobachtungen dahin überein, daß hauptsächlich die unteren Extremitäten befallen sind, wenngleich auch oft am Stamm Herde gefunden werden. Die Symmetrie in der Verteilung der Plaques ist nicht in allen Fällen deutlich, worauf ich früher desgleichen hingewiesen habe.

Bezüglich der Ätiologie haben alle bisher erschienenen Veröffentlichungen kein sicheres Ergebnis gebracht; doch ist immerhin bereits als feststehend zu betrachten, daß das Leiden keine Beziehung zur Syphilis hat. Für die Annahme einer Autointoxikation (Ferrari, Verroti) fehlt der Nachweis des toxischen Agens, doch wäre es immerhin möglich, daß ein solches hierbei eine Rolle spielt. Der Zusammenhang der Affektion mit nervösen Störungen (Majocchi, Citernesi, Brandweiner, Lindenheim) entbehrt bisher fester Begründung, wenngleich auch diese Annahme nicht ganz unwahrscheinlich ist. Balzer und Galup, Vignolo-Lutati und jüngst Radaeli glauben, daß eine gewisse Beziehung zur Tuberkulose nicht von der Hand zu weisen wäre. Balzer und Galup meinen, «l'hypothèse d'une affection se rattachant à la tuberculose peut être soutenue, bien entendu, sous toutes réserves», weil ihre Patientin selbst an Tuberkulose erkrankt war und weil Vater und Bruder an Phthise gestorben waren. Beweise für einen Zusammenhang der Purpura annul. teleang. mit Tuberkulose fanden die Autoren jedoch nicht; sie waren nicht in der Lage Tuberkulinversuche anzustellen. Vignolo-Lutati denkt gleichfalls an die Möglichkeit einer Beziehung zur Tuberkulose, weil Vater und Schwester seines Patienten tuberkulös waren. Radaelis Fall erkrankte wenige Monate nach dem Auftreten der Hautkrankheit an tuberkulöser Pleuritis.

Im folgenden soll über zwei weitere Beobachtungen berichtet werden, welche beide in klinischer und histologischer Hinsicht bemerkenswert sind. Der zweite Fall interessiert auch in ätiologischer Beziehung.

Fall I.

Krankengeschichte (Klinik Prof. Finger, Journal Nr. 4629, Z. 77.)

Fritz Wöll, 14 Jahre alt, Bürgerschüler, aufgenommen am 14. Februar 1910. Anamnese: Die Krankheit besteht seit 3—4 Wochen ohne irgend welche subjektive Beschwerden. Status praesens: Von den später zu beschreibenden Effloreszenzen

Digitized by Google

sind folgende Körperstellen besetzt: Arme (hauptsächlich die Beugeseiten des oberen Drittels der Oberarme und die Axillen, einige wenige Efflöreszenzen auf der Streckseite und am Handrücken), obere und untere Augenlider, Hals, untere Extremitäten (hauptsächlich deren Streckseite, einige Effloreszenzen auf der Beugeseite). Bauch und Rücken sind fast frei.

Die einzelnen Effloreszenzen bauen sich aus zahlreichen, punktförmigen, eng nebeneinander gelegenen Hämorrhagien auf. Die Größe und Form der Effloreszenzen ist sehr verschieden; man sieht von Linsen- bis zur Guldengröße alle Übergänge. Die großen Herde zeigen deutlich annuläre Form, und zwar so, daß das Zentrum fast normal, stellenweise ein wenig schmutzigbräunlich verfärbt aussieht und nur an der Peripherie ein schmaler Saum hämorrhagieähnlicher Punkte zu sehen ist. Manchmal umgeben bordeauxrote oder braunrote Ringe von $^1/_2$ bis 1 cm Breite das leicht pigmentierte Zentrum; diese Ringe entstanden durch Konfluenz der Punkte.

Die Herde liegen alle im Niveau der Haut und zeigen klinisch keine Infiltration; bei stärkerem Druck auf die Effloreszenzen verschwindet nur ein geringer Anteil der dunkelroten Punkte, der größte Teil bleibt bestehen. Kratzt man die Effloreszenzen mit dem Fingernagel oder einem Spatel, so erscheinen alsbald im Zentrum oder an der Peripherie der Ringe sattrote Punkte, die auf Druck nicht abblassen.

Interner Befund normal. Im Harn keine pathologischen Bestandteile. Temperatur normal.

Blutbefund (II. medizin. Klinik). Nativpräparat: Gute Geldrollenbildung, keine Poikilozytose. Tinktion der Erythrozyten, Fibrinnetz und Blutplättchen normal. Fleischl: 90. Erythrozyten: normal. Leukozyten: keine pathologischen Formen. Zahl der Erythrozyten: 4725000, Leukozyten 4960.

21. II. Probeexzision eines fingernagelgroßen Herdes der vorderen Achselfalte (die eine Hälfte wird zu mikroskopischer Untersuchung, die andere zu Tierexperiment verwendet).

23. II. Effloreszenzen unverändert.

An der linken Wangenschleimhaut findet sich ein hellergroßer Ring aus kleinsten, punktförmigen Hämorrhagien zusammengesetzt.

28. II. Injektion von 0,75 mg Alttuberkulin am rechten Vorderarm.

29. II. Mäßige Rötung und Schwellung an der Stichstelle, keine deutliche Allgemeinreaktion (höchste Temperatur 37,5).

30. II. Keine Temperatursteigerung.

1. III. Stichreaktion im Abklingen.

5. III. Exanthem ziemlich unverändert. Einzelne Plaques etwas mehr gelblichbraun pigmentiert. Schleimhauterscheinungen im Schwinden begriffen.

9. III. Injektion von 1,2 mg Alttuberkulin am linken Vorderarm. Nachmittags Temperatur 37,0, abends 37,0.

10. III. Temperatur morgens 37,6, mittags 38,4, nachmittags 38,6, abends 38,1. An der Injektionsstelle starke Schwellung und Rötung. Die Herde um das Handgelenk des Armes, an dem die Injektion gemacht worden ist, sind deutlich gerötet, desgleichen die Herde am selben Oberarm. Auch die Herde am rechten Vorderarm zeigen vielleicht eine stärkere Rotfärbung als die Plaques am übrigen Körper, doch sind sie im Vergleich mit denen des linken Armes weniger rot. Der Herd an der linken Wangenschleimhaut ist völlig geschwunden.

11. III. Höchste Temperatur (mittags) 38,0.

12. III. Normale Temperatur. Rötung der Effloreszenzen im Schwinden. Stichreaktion im Abklingen.

Digitized by Google

21. III. Die Effloreszenzen am rechten und linken Oberarm — am meisten fällt dies an jenen Stellen auf, wo die Effloreszenzen gehäuft angeordnet waren — vollständig geschwunden; nur an einer einzigen Stelle ist eine schmutzigbräunliche Verfärbung als Residuum der früher hier sichtbar gewesenen Effloreszenz wahrzunehmen. In der Gegend des rechten Handgelenkes sind stellenweise noch Effloreszenzen erhalten, aber auch hier ist schon deutliche Tendenz zur Rückbildung zu sehen. An den unteren Extremitäten sind die Herde nicht sehr verändert.

22. III. Injektion von 1,5 mg Alttuberkulin am rechten Vorderarm. Höchste Temperatur (nachmittags) 37,2.

23. III. Temperatur morgens 37,7, mittags 38,0, nachmittags 37,6, abends 37,7. Reaktion an der Stichstelle mäßigen Grades. Ein Aufflammen der noch vorhandenen Krankheitsherde kann nicht sicher behauptet werden.

24. III. Temperatur wieder normal.

28. III. Auch die Effloreszenzen am rechten Handgelenk sind geschwunden; die an den unteren Extremitäten situierten sind zum Teil noch erhalten, doch sind auch hier einzelne im Rückgang begriffen.

2. IV. Herpes tonsurans am rechten Vorderarm. Wilkinsonsalbe.

11. IV. Alle Effloreszenzen der Purpura ann. tel. spurlos verschwunden.

18. IV. Herpes tons. geheilt.

22. IV. Patient verläßt die Klinik geheilt.

Für die freundliche Überlassung dieser Krankengeschichte und der histologischen Präparate dieses Falles danke ich meinem früheren Chef, Herrn Prof. Finger bestens. Der Patient wurde aus meiner früheren Ambulanz im St. Annen Kinderspital der Klinik zur Beobachtung überwiesen.

Fall II.

Krankengeschichte (Abteilung f. Syph. u. Hautkrankh. d. Wiener allg. Poliklinik, Protokoll Nr. 1776).

Sp., 18 Jahre alt, Hörer der Hochschule für Bodenkultur, erschien im Ambulatorium meiner Abteilung am 7. X. 1911. Anamnese: Die Eltern des Patienten leben und sind gesund, ebenso seine drei Geschwister. Patient ist in Krain geboren, besuchte das Gymnasium in Görz und hat bis zum Anfang dieses Semesters nie in einer Großstadt gelebt. Von Kinderkrankheiten erinnert er sich nur Masern gehabt zu haben; er war nie venerisch krank und ist kein Potator.

Der Ausschlag, dessentwegen Patient ärztliche Hilfe aufsucht, begann vor drei Wochen an der Innenfläche der Oberschenkel. Während dieser ganzen Zeit bestanden weder Fieber, Mattigkeit noch Gelenkschmerzen, weder Jucken noch Brennen.

Die Erscheinungen an den Zehen und Füßen bestehen seit der Kindheit (3. oder 4. Lebensjahr), entwickelten sich nach Erfrierungen, die er sich durch Barfußgehen zuzog und infolge deren die Haut anfangs blaurot und geschwollen war. Erst später entstanden die warzenähnlichen Bildungen, an denen Pat. spontane Rückbildung angeblich nicht bemerkt hat.

Status praesens 9. X. 11: Innere Organe, Blut und Harn normal, keine Lymphdrüsenschwellungen. Schleimhäute gesund. Wassermannsche Reaktion negativ. Nervenbefund bis auf leichte Herabsetzung der Kornealreflexe normal. Am Stamm, an der Streck- und Beugefläche des ganzen rechten Armes, an der Beugeseite des linken Ober- und Unterarmes, vereinzelt an den Waden, besonders reichlich in beiden Axillen, Kubital- und Kniebeugen und an der Innenfläche der beiden Oberschenkel finden sich (aus größerer Distanz betrachtet) rötlichbraune und braune Flecke von Linsen- bis mehr als

Digitized by Google

Kronengröße. Die makulösen Effloreszenzen liegen vollkommen im Niveau der Haut, zeigen nirgends eine Auflagerung und keine Kratzeffekte. Hände, Füße, Gesicht und die obere Brustpartie sind von dem Ausschlag verschont. Bei genauer Betrachtung der Flecke sieht man, daß sie an manchen Stellen — besonders dort, wo ihr Farbenton rötlichbraun ist — aus kleinsten Pünktchen zusammengesetzt sind, deren Farbe unter Fingerdruck nicht weicht, weshalb sie den Eindruck kleinster Hämorrhagien machen. An anderen Stellen ist diese Zusammensetzung aus kleinen Pünktchen nicht wahrnehmbar, sondern die Flecke zeigen eine gleichmäßig zartbraune (auf Fingerdruck ebenfalls nicht weichende) Farbe. Die Begrenzung der Flecke ist überall unscharf, sie gehen ziemlich allmählich in die gesunde Haut über. Die Form der Flecke ist annähernd rund oder oval, oft irregulär, sie ähneln an vielen Stellen den Elementen eines makulösen Syphilides; einzelne größere Flecke zeigen unregelmäßige Streifenform, nur ganz einzelne Andeutung einer Ringform. So findet sich ein ungefähr guldengroßer ringförmiger, jedoch nicht ganz geschlossener Herd an der Innenfläche des rechten Oberschenkels; zentral sieht man normale Haut und normales Kolorit derselben, weiter nach außen eine braune Verfärbung und an der Peripherie braunrote Farbentöne, welche durch das Zusammentreten der obenerwähnten braunroten, auf Druck nicht abblassenden Punkte hervorgerufen werden. Streifenähnliche Flecken sind gleichfalls an der Innenfläche der Oberschenkel, an der Streckfläche des rechten Oberschenkels und vereinzelt auch am Stamm vorhanden. In beiden Axillen kommen tief rote hämorrhagieähnliche Punkte vor; die Achselhaare sind mit den Auflagerungen der Trichomycosis palmellina dicht besetzt. In den Kniebeugen, Ellenbogenbeugen, in der Crena ani und in der Kreuzgegend finden sich verwaschen aussehende, bräunlichrote oder braune Streifen.

An der Streckfläche aller Zehen, mit Ausnahme der rechten großen, sieht man warzenähnliche Exkreszenzen von schiefergrauer oder dunkel blauroter Farbe; sie zeigen an ihrer Oberfläche eine mäßige Zerklüftung. Die Haut der Zehen ist blaurot gefärbt. Der Farbenton der warzigen Elemente schwindet teilweise unter Fingerdruck; es bleiben einzelne Pünktchen bestehen, die eine tief dunkelrote oder dunkelbraune Verfärbung beibehalten. Die Größe der Effloreszenzen schwankt zwischen der eines Stecknadelkopfes und der eines Hanfkornes; sie stehen oft nahe beisammen — besonders an der linken mittleren Zehe, wo sie annähernd einen Ring bilden, der ein normales Zentrum einschließt. Vereinzelte braunrote, auf Druck nicht abblassende Punkte ohne warzige Oberfläche sind auf dem rechten Dorsum pedis nahe dem Zehenansatz, desgleichen auf der linken großen Zehe und auf dem Zehenballen links zu sehen. (Angiokeratoma Mibelli).

Leichtes Reiben der Effloreszenzen mit einem stumpfen Instrument (Holzmundspatel) oder Kratzen mit dem Fingernagel ruft ziemlich bald stärkere Rötung hervor, die sich auch eine kleine Strecke über die gereizten Hautstellen hinaus ausdehnt. An den von der Reibung betroffenen Hautstellen — also im Bereich der Effloreszenzen — treten nach Verlauf weniger Sekunden reichliche, intensiv rote Punkte auf, die unter Finger- oder Glasdruck nicht schwinden und also kleinsten Hämorrhagien gleichen. Dasselbe Phänomen ist an unveränderter Haut des Pat. bei etwas intensiverem und längerem Reiben auszulösen.

Es besteht Dermographismus mäßigen Grades; an den mit dem Spatel gestrichenen Hautstellen entsteht keine Quaddel, sondern nur ein in flüchtiger Rötung bestehendes vasomotorisches Phänomen mit leichter Anämie der äußeren Grenzen des roten Streifens, der etwa $1^1/_2$ cm breit ist. Das vasomotorische Phänomen schwindet sehr bald. Die Effloreszenzen werden durch den dermographischen Reiz nicht stärker verändert als die normale Haut.

Digitized by Google

Dekursus: 9. X. nachm. Applikation von Tuberkulin nach Pirquet am linken Oberarm.

10. X. Pirquetsche Reaktion negativ.

11. X. „ „ „

12. X. „ „ „

13. X. nachm. Neuerliche Applikation von Tuberkulin nach Pirquet am linken Oberarm.

14. X. Pirquetsche Reaktion negativ. Mittags Injektion von 1 mg Alttuberkulin am linken Vorderarm.

	Temperatur 6 Uhr	abends	36,7	Exzision einer Makula und eines Stückchens vom Angiokeratom. Tierversuch.
	9 „	„	36,5	
15. X.	5 „	früh	36,2	
	8 „	„	36,6	
	11 „	vorm.	36,6	Keine Stichreaktion nach Hamburger.
	2 „	nachm.	36,7	
	5 „	„	37,0	
	8 „	abends	36,3	
16. X.	6 „	früh	36,2	dasselbe

17. X. normale Temperatur, keine Stichreaktion.

20. X. Die Effloreszenzen des Ausschlages werden blasser, mehr gelbbraun und sehen wie verwaschen aus.

25. X. Exanthem im Schwinden begriffen. An der Innenfläche der Oberschenkel sieht man noch Reste des Ausschlages. Die Elemente des Angiokeratoms sind unverändert. Exzisionsstellen verheilt.

30. X. Dritte Applikation von Tuberkulin nach Pirquet am linken Oberarm.

31. X. Pirquetsche Reaktion negativ.

1. XI. „ „ „

2. XI. „ „ „

3. XI. Mittags Injektion von 1 mg Alttuberkulin am rechten Vorderarm. Bei der Röntgendurchleuchtung der Lungen finden sich keine Spuren von spezifischen Veränderungen oder von Residuen nach solchen.

	Temperatur 7 Uhr	abends	36,5	
	10 „	„	36,1	
4. XI.	7 „	früh	36,3	
	12 „	mittags	36,2	
	4 „	nachm.	36,5	
	8 „	abends	36,6	Keine Stichreaktion nach Hamburger.
5. XI.	8 „	früh	36,3	
	12 „	mittags	36,4	
	8 „	abends	36,5	

6. XI. Temperatur normal; keine Reaktion an der Injektionsstelle. Exanthem fast völlig geschwunden. Angiomkeratom-Effloreszenzen unverändert.

In den nächsten Wochen war der Ausschlag vollkommen verschwunden, das Angiokeratom blieb unverändert bestehen. Patient stellte sich uns zuletzt am 1. Juli 1912, also fast 10 Monate nach dem Beginn des Leidens, vor. Der Ausschlag war spurlos geschwunden; es fanden sich keine Anzeichen von Atrophie vor und eine Unterscheidung der früher kranken Hautstellen von den gesunden war unmöglich. Das Angiokeratom der Zehen besteht unverändert fort. Durch Kratzen mit dem Holzspatel gelang die Provokation der hämorrhagieähnlichen

Digitized by Google

Punkte nicht mehr, obgleich der mechanische Insult kräftig ausgeführt wurde. Die Exzisionsstelle am Oberschenkel, wo eine Purpuraeffloreszenz entnommen worden war, zeigte ein Narbenkeloid. An den Zehen, nach der Exzision eines Angiokeratoms, war eine flache, nicht keloide Narbe zu sehen.

Herrn Doz. Dr. Hamburger danke ich herzlich für die an seiner Abteilung vorgenommene Tuberkulinuntersuchung und für die Ausführung des Tierexperimentes.

Histologische Befunde.

Fall I. Das Stratum corneum und das schmächtige Rete Malpighi sind normal. Der Papillarkörper ist überall gut erhalten, nicht abgeflacht, sondern etwas verlängert und verbreitert.

Die Kapillargefäße des Papillarkörpers sind von Rundzellen in mäßiger Menge eingescheidet. Neben dieser lymphozytären Infiltration finden sich spindelförmige Zellen in vermehrter Zahl vor, welche die Rundzelleninfiltration durchsetzen und oft geradezu ein Netz bilden, so daß das Gefäß von einem Mantel umgeben erscheint, der aus den beiden erwähnten Zellformen (Lymphozyten und gewucherten Bindegewebszellen) besteht.

An vielen Stellen sieht man rote Blutkörperchen oder Pigmentschollen frei im Gewebe außerhalb der Kapillarschlingen, aber in ihrer nächsten Umgebung liegen. Ihre Lagerung ist eine ziemlich lockere, welcher Umstand wohl auf das Zustandekommen der Blutaustritte durch Diapedese schließen läßt. Eine starke Erweiterung der Kapillaren ist ebensowenig festzustellen wie eine besonders pralle Blutfüllung; an manchen Stellen der Präparate sieht man jedoch Gefäßdilatation und Blutfüllung angedeutet.

Das subpapilläre Gefäßnetz zeigt dieselben Veränderungen wie die Kapillaren, doch ist die Einscheidung mit Lymphozyten und die Wucherung der Zellen des adventitiellen Gewebes beträchtlicher. Zwischen den Zellen des Infiltrates finden sich auch hier ausgetretene rote Blutkörperchen vor.

In der Kutis zeigen die Gefäße vielfach den gleichen Alterationstypus, d. h. einen Mantel von Rundzellen und netzförmige Wucherung der Elemente der Adventitia in beträchtlicher Intensität. Die Media fällt durch starke Eosinfärbung auf und ist ziemlich homogen, ohne dabei verdickt zu sein. Eine Verengerung des Gefäßlumens ist nicht bemerkbar, das Endothel ist nicht alteriert (siehe Fig. 2). Diese Veränderung zeigen vornehmlich die Arterien der Kutis, doch sind auch die begleitenden Venen (scheinbar in geringerem Grade) befallen. Die Gefäße der Hautdrüsen, besonders der Schweißdrüsen, sind in gleicher Weise verändert. An manchen Stellen der Kutis sind die Gefäße fast normal, doch sind die stärker alterierten Gefäße entschieden an Zahl überlegen.

Die Drüsen der Haut und die übrigen Adnexe sind normal. Eine Beziehung der Gefäßveränderungen zu den Hautfollikeln kann man nicht feststellen. Daß sich jene, wie bereits erwähnt, auch besonders an den Blutgefäßen der Schweißdrüsen vorfinden, ist weiter nichts Auffallendes und bei einem Prozeß, der fast an allen Gefäßen wahrnehmbar ist, selbstverständlich.

Digitized by Google

Das kollagene Gewebe zeigt im Papillarkörper und in den knapp darunterliegenden Anteilen geringes Ödem und eine Verdichtung seiner Züge, eine mäßige Sklerose; in den tieferen Hautschichten ist es normal. Die elastischen Fasern scheinen an denjenigen Stellen, wo das Bindegewebe sklerosiert ist, körniger und etwas mehr fragmentiert zu sein; wo Infiltratzüge vorhanden sind, fehlen sie größtenteils.

Fall II. Die Hornschicht und das Rete zeigen keine Abweichung von der Norm. Der Papillarkörper ist überall gut ausgebildet, nirgends abgeflacht, seine Papillen sind etwas ödematös, verlängert und verbreitert.

Die Kapillarschlingen und das subpapillare Gefäßnetz zeigen kaum eine Erweiterung und nur mäßige Blutfüllung, wohl aber eine geringfügige Einscheidung von Rundzellen, und zwischen diesen sieht man gewucherte Bindegewebszellen in lockerer Verzweigung und öfters netzartiger Anordnung. Fast in jeder Papille sind rote Blutkörperchen auch außerhalb der Kapillaren in lockerer Lagerung und manchmal ziemlich reichlicher Zahl frei im Gewebe liegend zu sehen (siehe Fig. 3). Derartige Blutaustritte finden sich auch um die subpapillaren Gefäße herum, in deren Umgebung die Einscheidung mit Lymphozyten und die netzartige Wucherung des adventitiellen Gewebes etwas intensiver ist als an den Kapillarschlingen. Die Gefäßveränderungen sind in diesem Fall viel schwächer ausgebildet als im vorhergehenden.

Das kollagene Gewebe scheint im Papillarkörper und knapp darunter aus strafferen Bündeln zu bestehen, als es der Norm entspricht; es macht den Eindruck einer ganz mäßigen Sklerosierung; seine Bündel sind durch Ödem etwas auseinandergedrängt. Das elastische Gewebe zeigt keine wesentliche Abweichung von der Norm.

Die tieferen Kutislagen weisen keine Veränderungen auf; desgleichen sind die Talg- und Schweißdrüsen sowie Haare und Muskeln der Haut nicht alteriert. Der ganze Prozeß scheint sich im Vergleich zu Fall I in zwar analoger, aber viel weniger intensiver Weise und in den mehr peripher, d. h. höher gelegenen Anteilen der Haut abgespielt zu haben.

Bemerkung zu Figur 1. Die Abbildung stammt von einem Präparate des Falles III meiner früheren Publikation aus dem Jahre 1906. Ich glaube sie hier den beiden neuen Fällen voranstellen zu sollen, weil sie die Veränderungen im Beginne der Affektion darstellt. Majocchi unterscheidet bekanntlich drei Stadien des Prozesses: ein teleangiectaticum, ein hämorrhagico-pigmentosum und ein atrophicum. Die Abbildung (Fig. 1) entspräche also dem teleangiektatischen Stadium, da man hier neben den eben erst angedeuteten Veränderungen in der Peripherie der kapillaren Gefäße und des subpapillaren Gefäßnetzes im Sinne von ganz leichter Rundzelleninfiltration und Wucherung des adventitiellen Gewebes eine deutliche Dilatation und pralle Blutfüllung der genannten Gefäße wahrnehmen kann. Dagegen sind die Austritte roter Blutkörperchen ins Gewebe noch viel spärlicher vorhanden, manchmal noch gar nicht zu sehen. Bezüglich der anderen, übrigens nicht nennenswerten histologischen Details dieses Falles verweise ich auf meine frühere Mitteilung S. 537.

Fig. 1 entspricht somit dem ersten Stadium der Affektion, während Fig. 2 und 3 das zweite darstellen. Hierzu wäre noch zu bemerken, daß hinsichtlich dieser beiden letzteren neuen Fälle (Fig. 2 und 3) insofern eine Differenz besteht, als sie beide wohl dem hämorrhagisch-pigmentösen Stadium angehören, jedoch

Digitized by Google

insofern eine wesentliche Intensitätsdifferenz dieses Stadiums darstellen, als in Fig. 2 (Fall I) die Gefäßveränderungen zwar analog, aber viel höheren Grades sind als in Fig. 3 (Fall II). Diesem Fall II (Fig. 3) wäre der Fall III meiner ersten Veröffentlichung, also Fig. 1 (dieser Publikation), an Intensität ungefähr gleich, dem Stadium nach jedoch verschieden.

Wie aus den Krankengeschichten zu ersehen ist, wurde in jedem der beiden Fälle je ein exzidiertes Hautstückchen zur Ausführung eines Tierversuches verwendet. In beiden Fällen war das Resultat dieser Probe auf Tuberkulose negativ.

Betrachten wir nun zusammenfassend die Ergebnisse unserer neuen Beobachtungen zunächst in klinischer Hinsicht, so wäre zu Fall I besonders zu bemerken, daß die Affektion hier zum erstenmal auch an der Schleimhaut wahrgenommen werden konnte. Da das Leiden an jeder Stelle der äußeren Haut auftreten kann, wenngleich die Effloreszenzen eine gewisse Vorliebe für die abhängigen Körperpartien, besonders die unteren Extremitäten haben, wird uns dieses Vorkommnis, die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut, nicht weiter wundernehmen. Im übrigen wäre zu betonen, daß die Affektion bei Fall I in größerer Intensität zu sehen war als in allen bisher von mir beobachteten Fällen. Die Ringform war hier auffallend gut ausgebildet, die Ringe selbst waren von satter, tiefbraun- oder bordeauxroter Farbe, weil die Hämorrhagien, aus denen sie sich zusammensetzten, sehr dicht standen und stellenweise konfluierten.

Am interessantesten war jedoch der klinische Befund unseres zweiten Falles, während der erste eigentlich vielleicht der den früheren Beschreibungen von Majocchi am allermeisten entsprechende ist, insofern bei ihm die Ringform der Effloreszenzen besonders schön ausgebildet war. Daß diese für die Elemente des Krankheitsbildes aber durchaus nicht charakteristisch ist, dies lehrt eben die Erscheinungsform des Ausschlages bei unserem zweiten Patienten. Die erste oberflächliche Betrachtung ließ eine so auffallende Ähnlichkeit mit dem Bild eines syphilitischen Exanthems konstatieren, daß wir eine Seroreaktion ausführen ließen, obgleich die genaue weitere Untersuchung des Patienten keine anderen irgendwie auf Syphilis verdächtigen Symptome, keine Drüsenschwellung ergab. Der Mangel jeglicher Schuppenbildung, jeglichen Juckreizes ließ auch Pityriasis rosea, woran man hätte denken können, ausschließen. Das Fehlen von Schüppchen und zart gefältelter Hautpartien und die ziemliche Ausdehnung der fleckigen Elemente ließen desgleichen den Gedanken an eine Pityriasis lichenoides chronica ablehnen. Gegen die Annahme eines medikamentösen oder autotoxischen Exanthems sprach schon von vornherein der Farbenton. Aber nicht nur der negative Ausfall der Seroreaktion und der Mangel

Digitized by Google

Fig. 1.

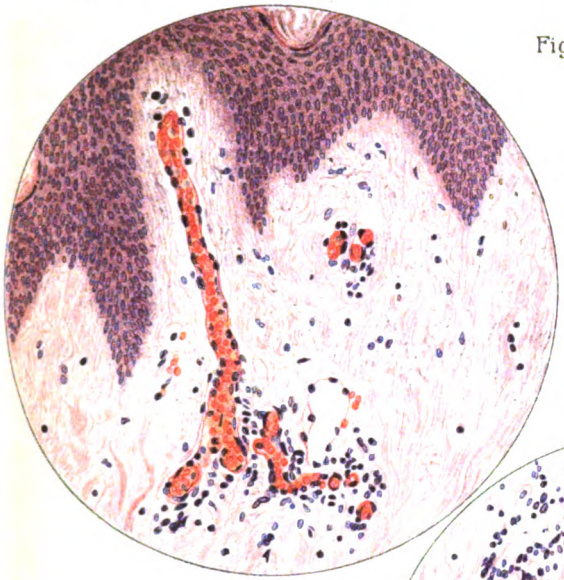


Fig. 2.

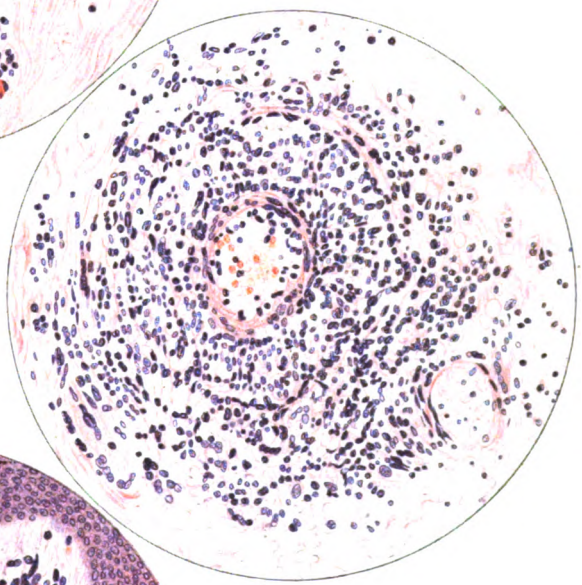
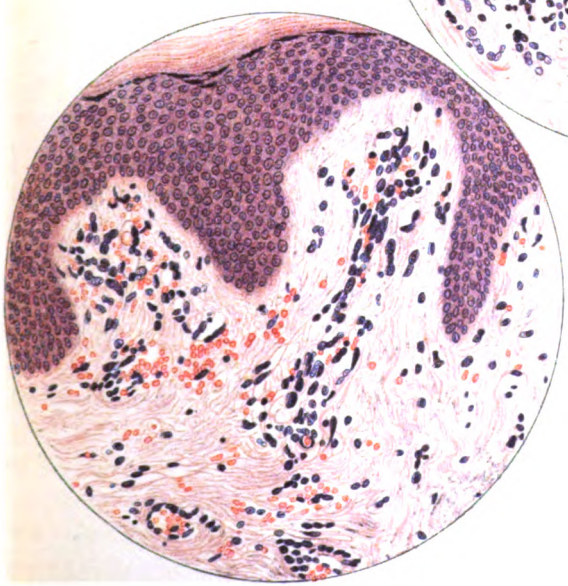


Fig. 3.



Brandweiner.

Verlag von **Leopold Voss** in Leipzig und Hamburg.

Lith. Anst v Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google

anderer luetischer Symptome veranlaßte uns, die Diagnose Syphilis von der Hand zu weisen, sondern schon die genauere klinische Besichtigung und der sofort vorgenommene „Kratzversuch".

Die Inspektion aus nächster Nähe ließ im Bereich der bräunlichgelben oder rotbraunen Flecke spärliche, stecknadelkopfgroße Pünktchen von tiefroter oder braunroter Farbe erkennen, die ebenso wie die diffuse bräunliche Farbe der Flecke, in deren Bereich sie vereinzelt vorkamen, unter Fingerdruck nicht verschwand. Dieser Befund erweckte natürlich den Gedanken an eine atypische Purpura annularis teleangiektodes, bei der wir ja solche kleine, bei Finger- oder Glasdruck bestehen bleibende Punkte finden.

Der Versuch, Effloreszenzen durch Kratzen und Schaben der Haut mit einem Holzmundspatel künstlich zu erzeugen, gelang auch hier in gleicher Weise, wie ich es schon in meiner früheren Mitteilung beschrieben habe. Es entstanden sowohl auf intakter Haut, als auch im Zentrum oder an der Peripherie der Flecke sattrote, etwa stecknadelkopfgroße Pünktchen, die durch Druck dann nicht mehr zum Schwinden zu bringen waren. Wir hatten also bei unserem 2. Fall eine Purpura annularis teleangiectodes vor uns, die insofern von dem gewohnten Typus dieses Leidens auffällig abweicht, als die größte Menge der Effloreszenzen irreguläre Formen aufwies und die Ringform bei einigen Herden nur gerade angedeutet war. Die Bezeichnung des Leidens als Purpura annularis teleangiektodes war also für diesen Fall eigentlich unzutreffend. Daß er aber dieser Affektion zugezählt werden mußte, bewies neben den sonstigen klinischen Erscheinungen vor allem der histologische Befund. Hinsichtlich der Irregularität der Effloreszenzformen hatte unser Fall mit dem von Ferrari mitgeteilten und photographisch wiedergegebenen einige Ähnlichkeit. Auch dort sieht man eine große Zahl unregelmäßiger Flecke, wenngleich Ferraris Fall in dieser Hinsicht hinter unserem noch zurücksteht.

In unserem ersten Fall waren nur wenige der roten Pünktchen, aus denen sich die ringförmigen Effloreszenzen zusammensetzten, durch Druck zum Schwinden zu bringen, bei unserem zweiten Fall gelang dies gar nicht. Es waren also klinisch im ersten Fall nur ganz wenige, im zweiten gar keine Teleangiektasien nachzuweisen. Ich habe übrigens schon in meiner früheren Publikation darauf hingewiesen, daß die klinisch als kleine Blutaustritte erscheinenden Pünktchen bei Purpura annularis teleangiektodes durch das Durchschimmern erweiterter und prall gefüllter Kapillaren oder präkapillarer Blutgefäße entstehen, deren Anämisierung durch Glas- oder Fingerdruck nicht gelingt.

Digitized by Google

Während der Drucklegung meiner damaligen Publikation erhielt ich von Herrn Prof. Unna nachfolgendes Schreiben, das ich mit seiner gütigen Erlaubnis hier wiedergebe: „Ihre Bemerkung in der Arbeit über Purpura annularis teleangiektodes, daß der Glasdruck nicht alle Angiektasien anämisiert (S. 541), hat mich persönlich sehr interessiert, da ich seit langem diesem Phänomen meine Aufmerksamkeit geschenkt habe und es wäre sehr erfreulich, wenn Sie dieser zu wenig beobachteten Tatsache einmal ordentlich klinisch und anatomisch nachgehen; ich konnte es bisher nur klinisch und habe deshalb auch nichts darüber publiziert. Ich mache Sie nur darauf aufmerksam, daß ich in meiner Diaskopie schon 1893 (Berl. klin. Wochenschr., 1893, Nr. 42) sage, daß der starke Druck des Diaskops oft eine Minute braucht, um die letzte Spur tiefer Gefäßfüllung zum Schwund zu bringen und in meiner Histopathologie (1894, S. 921), daß erst bei stärkerem Druck des Diaskops der Schwund des papillären Varix gelingt. Ich habe mir die Sache so erklärt und meinen Schülern beim Diaskopieren vorgetragen: Der erste Druck des sanft aufgesetzten Diaskops entleert nur den Papillarkörper, indem derselbe zwischen Diaskop und Kutis komprimiert wird und entleert zu einem Teil die horizontal verlaufenden Gefäße an der unteren Kutisgrenze (ganz nur, wenn ein Knochen darunter liegt). Aber auch ein starker Druck wird nie die nahezu senkrecht aufsteigenden oder in vertikaler Richtung vergrößerten Gefäße entleeren können, sondern die Blutsäule wird in diesen nur abwärts gedrückt, aber der rote Punkt bleibt bestehen. Drückt man aber nun immer länger, selbst einige Minuten, so gibt die Textur des kollagenen Gewebes nach, die Fasern weichen auseinander, die aufsteigenden Blutsäulen legen sich schräg, dann horizontal und können nun endlich vom Diaskop ganz entleert werden. Den Eindruck, daß es sich in der Tat so verhält, habe ich besonders bei der Diaskopie der kapillaren Varizen und Rosazea des Gesichtes erhalten. Doch fehlt dieser Annahme noch die histologische Deckung und es würde mich sehr interessieren, wie Sie sich die anfangs paradoxe Erscheinung erklären und eventuell durch Exzision aufklären. Jedenfalls haben Sie darin vollkommen recht, daß die Unterscheidung von Angiektasie und Hämorrhagie oft gar nicht so einfach ist, wie die meisten glauben."

Ich hatte bisher leider noch nicht Gelegenheit, dem eigentümlichen Phänomen weiter nachzugehen, da die hierzu erforderliche histologische Untersuchung an der Gewinnung entsprechenden Materiales scheiterte. Ich hoffe aber dennoch, diese interessante Frage in absehbarer Zeit klären zu können.

Es scheint mir nicht unmöglich, daß bei der Purpura annularis teleangiektodes das Phänomen der durch Kratzen auftretenden, aber auch spontan entstehenden und auf Druck nicht weichenden hämorrhagieähnlichen Pünktchen vielleicht so zu erklären wäre, daß der Druck des Fingers oder Diaskopes die annähernd senkrecht zur Hautoberfläche aufsteigenden Kapillarschlingen nicht entleert, sondern knickt. In diesem Falle müßten die stark gefüllten Blutgefäßchen, eben weil sie nicht entleert werden konnten, klinisch als kleine dunkelrote Punkte sichtbar bleiben.

Die histologische Untersuchung unserer beiden neuen Fälle ergab, daß hier von einer wesentlichen Erweiterung und Füllung der Gefäße nicht die Rede sein kann, daß dagegen wirkliche Blutaustritte im Gewebe reichlich zu sehen waren. Diese Differenz von unserer ersten histologischen Untersuchung, deren Bild wir hier in Fig. 1 wiedergeben, erklärt sich in der Weise, daß unsere jetzigen Fälle dem zweiten Stadium der Krankheit angehören, das

Digitized by Google

Majocchi als haemorrhagico-pigmentosum beschrieben hat. Das dritte Stadium, das der Atrophie, haben wir weder bei unseren jetzigen noch bei unseren früheren Fällen gesehen. Bei Fall I waren die entzündlichen Veränderungen im histologischen Bild ziemlich hochgradig und auch die Sklerosierung des Bindegewebes stärker als in Fall II. Es wäre immerhin möglich, daß sich bei diesem ersten Fall später eine, wenn auch nur histologisch wahrnehmbare, Atrophie der befallen gewesenen Hautstellen ausgebildet hat. Wir können darüber jedoch leider nichts berichten, da wir keine Gelegenheit hatten, den Fall wiederzusehen. Bei unserem zweiten Fall war uns dies möglich und wir haben schon in der Krankengeschichte vermerkt, daß klinisch keine Spur von Atrophie wahrnehmbar war. Es verhält sich bei der Purpura annularis teleangiektodes also offenbar so, daß das atrophische Stadium eintreten kann, aber nicht muß. In Fällen mit heftiger ausgebildeter Entzündung und Sklerosierung des Bindegewebes kann es dann wohl zur Atrophie kommen, während sie bei geringer Gefäß- und Bindegewebsalteration ausbleibt.

Die Möglichkeit, die primären Läsionen des Leidens artefiziel durch Schaben oder Kratzen zu erzeugen, war auch in diesen beiden Fällen vorhanden. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht der Umstand, daß wir bei Fall II, den wir 10 Monate später wiedergesehen haben und bei dem das Leiden spurlos geschwunden war, dann nicht mehr in der Lage waren, das Phänomen zu erzeugen.

Ich habe schon früher (1906) bemerkt, daß man durch Kratzen und Schaben auch bei Gesunden punktförmige, unter Druck nicht abblassende Pünktchen auf der Haut provozieren kann, wenn man größere Gewalt anwendet. Bei Patienten mit Purpura annularis teleangiectodes gelingt es aber außerordentlich leicht — und eben diese Differenz bezüglich der leichten oder schweren Auslösbarkeit des Phänomenes ist das Maßgebende. Allerdings läßt sich hiergegen einwenden, daß der Subjektivität des Untersuchers dadurch ein zu großer Spielraum zugestanden wird, da eine sozusagen zahlenmäßige Abwägung der anzuwendenden Gewalt nicht leicht möglich ist. Dies muß zugegeben werden; dennoch sind die Unterschiede so auffällig, daß bei einiger Übung eine Differenzierung leicht möglich ist und das „Kratzphänomen" dann wohl zur Bekräftigung der Diagnose herangezogen werden kann. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß es einzig und allein für unsere Affektion typisch ist; es dürfte nur anzeigen, daß die vasomotorische Erregbarkeit einer Haut gesteigert ist. Wie ich in meiner ersten Mitteilung erwähnte, konnte ich das Auftreten solcher sattroter Stippchen auch am gestauten Arm einer hysterischen Frau beobachten, die an multipler neurotischer Hautgangrän litt.

Digitized by Google

Es ist auffallend, daß außer Lindenheim kein späterer Beobachter der Purpura annularis teleangiectodes dieser Erscheinung Aufmerksamkeit geschenkt hat; nur Ossola berichtet 1911, daß es ihm gelungen ist, durch Stauung des Armes bei seinem Patienten Effloreszenzen zu provozieren, während er durch zwei Stunden währende Applikation von Schröpfköpfen in der Skapularregion keine erzeugen konnte[1]). Lindenheim bemerkt, daß ihm die Hervorrufung von Effloreszenzen durch Kratzen nicht gelungen ist. Wir konnten die Erscheinung immer und mit Leichtigkeit in unseren Fällen zur Auslösung bringen.

Die Ergebnisse unserer histologischen Untersuchungen bei unseren zwei neuen Fällen zeigen uns, daß wir es hier, wie bereits erwähnt, mit dem zweiten Stadium der Affektion zu tun hatten, da die Blutaustritte viel reichlicher und deutlicher waren als die Erweiterung und starke Blutfüllung der Gefäße, welche ja in dem in Fig. 1 abgebildeten ersten Stadium der Erkrankung vorwiegen. Zwischen unseren beiden Fällen ist, obgleich sie demselben Krankheitsstadium angehören, insofern ein wesentlicher Intensitätsunterschied zu beobachten, als bei Fall I die Gefäßveränderungen stärker und tiefer reichend sind als bei Fall II. Im wesentlichen handelt es sich aber um denselben Prozeß, nämlich um eine Entzündung der Adventitia der Gefäße bestehend in Rundzelleninfiltration und Bindegewebswucherung, welche letztere eben die adventitiellen Elemente betrifft und eine netzförmige Anordnung zeigt. Im weiteren Verlauf scheint eine Auffaserung der Gefäßwände zustande zu kommen, welch den roten Blutkörperchen den Durchtritt erlaubt, infolgedessen es dann zu lockerer Lagerung der Erythrozyten im Gewebe kommt. Man findet sie (und in Fall I auch Blutpigment) fast in jeder Papille in mehr oder weniger reichlicher Zahl, aber auch im subpapillären Netz in der nächsten Umgebung der alterierten Gefäße vor. In Fall I sind auch die größeren Gefäße der Kutis von dem krankhaften Vorgang befallen, doch finden sich manchmal auch nur wenig alterierte, ja fast normale Gefäße vor. Es scheint, daß die Arterienstämme reichlicher und intensiver befallen sind als die Venen. Daß der gleiche Prozeß auch an den die Drüsen der Haut umspinnenden Blutgefäßen wahrnehmbar ist, wurde bereits erwähnt. Das subpapillare und kapillare Gefäßnetz ist überall erkrankt, es zeigen also die obersten, peripherstен Gefäße die pathologischen Veränderungen konstant. Dies ist auch in Fall II deutlich zu sehen, obgleich hier an den Kutisgefäßen keine Veränderungen beobachtet werden konnten. (Von gleich geringer Intensität

[1]) Ossola erwähnt meine 5 Jahre früher mitgeteilte Beobachtung nicht.

Digitized by Google

waren die Gefäßalterationen des Falles unserer früheren Mitteilung, dessen Abbildung wir in Fig. 1 wiedergeben.)

Abgesehen von den Gefäßveränderungen findet sich eine ganz mäßige Sklerosierung des Bindegewebes der Papillen und der knapp darunter liegenden Bündel vor. Die elastischen Fasern erscheinen nur in Fall I an eben den Stellen, wo das kollagene Gewebe verdichtet ist, körniger und mehr fragmentiert, und sie fehlen fast ganz, wo Infiltrate die Gefäße umspinnen.

Wir können somit als histologisches Substrat der Affektion perivaskuläre Veränderungen entzündlicher Natur mit nachfolgender Diapedese roter Blutkörperchen bezeichnen.

Veränderungen am Endothel der Gefäße, über welche einige Autoren berichten (s. o.), fanden sich an keiner Stelle und es muß besonders hervorgehoben werden, daß wir hierauf ganz speziell unsere Aufmerksamkeit richteten.

Deutliche Zeichen von Atrophie konnten, wie schon hervorgehoben wurde, nicht angetroffen werden, doch könnte die Sklerosierung des kollagenen Gewebes und die allerdings nur ganz unbedeutende Veränderung der elastischen Fasern bei Fall I den Beginn einer ganz mäßigen und später vielleicht nur histologisch festzustellenden Atrophie darstellen.

Bezüglich der Ätiologie der Affektion gehen unsere Kenntnisse über vage Vermutungen nicht hinaus. Es erscheint aber immerhin als Vorteil, wenn dieses Gebiet nach Tunlichkeit und sicher eingeschränkt werden kann. In Hinsicht eines eventuellen Zusammenhangs des Leidens mit Syphilis haben die Beobachtungen wohl aller Autoren auf Grund der klinischen und serologischen Befunde ein negatives Resultat gehabt. Die Vermutung mancher Beobachter (s. o.), daß die Tuberkulose irgend eine Rolle bei dem Zustandekommen der Krankheit spielen könnte, ließ uns hierauf ganz besonders Rücksicht nehmen. Die histologischen Bilder zeigten nichts, was auch nur Verdacht auf Tuberkulose rechtfertigte. Daß die Tierexperimente ein negatives Resultat hatten, möchten wir natürlich nicht hoch anschlagen; wohl kommt aber dem Ausfall der Tuberkulinproben in unseren Fällen eine große Bedeutung zu.

Zur Tuberkulininjektion im ersten unserer Fälle wäre zu bemerken, daß nur eine Rötung der Effloreszenzen desjenigen Armes deutlich beobachtet werden konnte, an dem die Tuberkulininjektion ausgeführt worden war. Die entfernt situierten Plaques, z. B. am Nacken, zeigten keine Beeinflussung. Da an der Injektionsstelle eine sehr starke, allmählich ausklingende Stichreaktion zu beobachten war, möchte ich die

Digitized by Google

Rötung der Herde des Armes nicht als Herdreaktion auffassen, sondern als die Folge der Hyperämie in der Umgebung der Stichreaktion.

Daß die Affektion mit Tuberkulose nicht in Zusammenhang stehen kann, beweist geradezu das Ergebnis der Tuberkulinuntersuchungen bei unserem zweiten Fall. Während wir bei unserem ersten Patienten sowohl Stich- wie Allgemeinreaktion beobachteten, was ja bei einem 14jährigen Großstadtkind weiter gar nicht wundernehmen kann, sahen wir bei unserem zweiten Patienten weder Pirquetsche, noch Stich-, noch Allgemeinreaktion auftreten, obgleich zweimal die gewiß nicht unerhebliche Dose von 1 mg Alttuberkulin injiziert worden war. Im Hinblick auf das Alter des Patienten (18 Jahre) ist dieser Befund gewiß sehr auffallend und nur so zu erklären, daß wir es mit einem kräftigen jungen Mann zu tun hatten, der erst vor kurzem nach Wien kam, der bis zu dieser Zeit auf dem Lande gelebt hatte und aus einer gesunden Familie stammte. Unser Fall II war somit sicher frei von Tuberkulose, und zwar sowohl von aktiver wie von latenter.

Wir können somit für unsere zweite Beobachtung mit Sicherheit die Behauptung aufstellen, daß hier die Tuberkulose gewiß keine Rolle bei der Entstehung der Purpura annularis teleangiectodes gespielt hat, weil unser Patient sicher tuberkulosefrei war. Wenn die Purpura annularis teleangiectodes aber auch nur in einem Fall sicher ohne Tuberkulose zustande kommen kann, dann dürfen wir mit Recht schließen, daß die beiden Krankheiten überhaupt nichts miteinander zu tun haben, d. h. die Purpura annularis teleangiectodes hat zur Tuberkulose nicht die mindeste Beziehung. Dieses Resultat verdanken wir dem glücklichen Zufall, daß hier einmal die Purpura annularis teleangiectodes bei einem Individuum aufgetreten ist, bei dem es möglich war, Tuberkulose mit Sicherheit auszuschließen[1]).

Daß die Affektion mit irgend einer Autointoxikation zusammenhängt, wurde von einigen Beobachtern gemutmaßt. Unsere Beobachtungen sind nicht geeignet, diese Annahme irgendwie zu stützen, doch ist sie deshalb auch nicht zu verwerfen.

Daß nervöse Störungen im weitesten Sinn des Wortes irgend eine ursächliche Rolle spielen können, wurde nicht nur von Majocchi, sondern auch von Citernesi, mir und Lindenheim als möglich angenommen. Wenngleich sich wesentliche nervöse Störungen kaum vorfanden (Lindenheims Patient war Neurastheniker), so wäre es immerhin

[1]) Wie schon aus der Krankengeschichte ersichtlich, zeigte Patient außerdem an den Zehen ein typisches Angiokeratoma (Mibelli). Wir waren daher in der glücklichen Lage, auch für diese Affektion die Beziehung zur Tuberkulose zu negieren. Siehe Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.

Digitized by Google

möglich, daß neurotrophische Vorgänge beim Zustandekommen der Affektion eine Rolle spielen.

Ich möchte hier auf eine nicht uninteressante Mitteilung Binders verweisen, der bei einem 20jährigen Stellmacher punktförmige oder linsen- bis zweimarkstückgroße Blutungen beobachtete, die innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren immer wieder rezidivierten. Diese Blutungen bestanden „aus kleinsten, eng aneinander liegenden Blutaustritten unter die Haut, die zum Teil zu größeren Flecken sich zusammengesetzt hatten". Die Flecke traten rasch auf und schwanden ebenso. Der Kranke litt an Hysterie und Binder ist geneigt, die Affektion damit in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Der Verdacht auf artifizielle Erzeugung der Flecke durch irgend welche Manipulationen seitens des Kranken konnte durch die Beobachtung ausgeschlossen werden, daß die Blutungen auch unter einem gepolsterten Schienenverband auftraten.

Dieser Fall kann mit der Purpura annularis teleangiectodes gewiß nicht identifiziert werden. Dagegen spricht nicht nur das klinische Bild, sondern auch der Verlauf der Effloreszenzen — ihr rasches Kommen und Gehen. Immerhin ist seine Erwähnung aber gerechtfertigt, wenn man die Frage Nervenerkrankung—Hautaffektion streift.

Die nervösen Störungen könnten durch toxische Substanzen ausgelöst werden, wie z. B. in Lindenheims Fall, wo neben der Neurasthenie auch eine Bleiintoxikation vorhanden war. Daß in anderen Fällen andere Toxine in Frage kämen, ist selbstverständlich und um so eher begreiflich, als ja auch bei anderen Dermatosen, vor allem bei der Urtikaria, ein solches Zusammenspiel von abnormer nervöser Erregbarkeit der Haut auf toxischer Basis vorkommt, ohne daß uns das Gift näher bekannt wäre.

Daß bei unserem zweiten Patienten außer der Purpura annularis teleangiektodes eine andere mit Gefäßerweiterung und nach einigen Autoren (Mibelli, Pringle) auch mit Entzündung einhergehende Affektion — ein Angiokeratom — vorhanden war, ist vielleicht nur ein zufälliges Zusammentreffen. Vielleicht ist es aber auch ein Vorkommnis, das einen tieferen, aber noch unbekannten Grund hat.

Eine therapeutische Beeinflussung der Erkrankung ist nicht möglich und übrigens auch nicht erforderlich, da die Erscheinungen während ihres Erscheinens und Vorhandenseins keine Beschwerden verursachen und im Verlauf von einigen Wochen spontan verschwinden.

Literatur:

1. Arndt, Verhandl. d. Berlin. Dermatol. Gesellsch., 14. Mai 1907. Derm. Ztschr., 1907, Bd. 14, S. 505. — 2. Balzer und Galup, Société française de Derm. et de Syph. Séance 9. Januar 1908, Bulletin 1908. — 3. Binder, Dtsch. med. Wochenschr., 1910, S. 562. — 4. Brandweiner, Wiener Dermatol. Gesellsch., 29. März 1905, Arch. f. Derm., Bd. 77, S. 122. — 5. Brandweiner, Monatsh. f. prakt. Dermatol., 1906, Bd. 43, S. 529. — 6. Brandweiner, Wiener Dermatol. Gesellsch., 23. Febr. 1910, Arch. f. Derm., Bd. 103, S. 366. — 7. Brocq, Pratique dermatologique, S. 451. — 8. Citernesi, Gazett. d. Osped. e d. clinich. 1899, Bd. 2, 3. Dec. 1899. — 9. Ferrari, Verhandl. d. Società Ital. d. Dermatol. e Sifiligr., 20. Dez. 1907. Giorn. ital. delle mal. vener. 1908,

Digitized by Google

Bd. 49, S. 233. — 10. Hammer, Verhandl. Deutscher Naturf. und Ärzte in Stuttgart, 9. Sept. 1906. — 11. Herxheimer und Köhler, Verhandl. der Deutschen Dermat. Gesellsch. Frankfurt a. M. 1908, Verhandlungsbericht 1908, S. 305. — 12. Kren, Verhandl. d. Wiener Dermat. Gesellsch., 5. Dez. 1906, Arch. f. Derm., Bd. 87, S. 435. — 13. Lindenheim, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, p. 689. — 14. Majocchi, ebenda, 1898, Bd. 43. — 15. Majocchi, Purpura annularis teleangiektodes. A. Accad. delle Scienze dello Istituto di Bologna. Tipografia Gamberini, 1905. — 16. Ossola, Giorn. ital. delle mal. vener., 1911, S. 250. — 17. Radaeli, ebenda, 1911, Bd. 3, S. 381. — 18. Sachs, Verhandl. d. Wiener Dermat. Gesellsch., 12. Januar 1910. Wien. klin. Wochenschr., 1910, S. 958. — 19. Verroti, Giorn. internz. d. scien. med., 1911, Bd. 33, S. 167. — 20. Vignolo-Lutati, Giorn. ital. delle mal vener., 1909, Bd. 2, S. 282.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 19, Heft 8, August 1912.

Zur Kenntnis der Hirnschwellungserscheinungen während der Syphilisbehandlung, von Felix Pinkus-Berlin. Die Fälle von Enzephalitis (Hirnschwellung) nach Salvarsaninfusionen sind Reaktionserscheinungen syphilitischer Stoffe, durch den Anstoß des stark wirkenden Mittels angeregt. Sie sind nicht die Folge einer Vergiftung mit Salvarsan oder mit einem der Abbauprodukte dieses Mittels. Sie sind der Herxheimerschen Reaktion zuzurechnen. Der reagierende Stoff braucht nicht von vornherein im Gehirn in ausreichender Menge angehäuft zu sein; durch eine erste, anscheinend schadlose Infusion können latente Stoffe zur Loslösung, Vermehrung und Aufspeicherung im Gehirn kommen, die dann erst auf eine wiederholte Infusion reagieren. Diese Stoffe können von alten, symptomlosen Zerebral- oder Meningealherden ausgehen. Den Schutz vor diesen Vorkommnissen kann bilden: 1. extrem starke Behandlung mit der stärksten Quecksilber und der stärksten und gehäuftesten Salvarsanwirkung; 2. Behandlung mit kleinen und weit voneinander entfernten Salvarsandosen. Die gesuchten Syphiliskeime müssen zwischen den einzelnen Salvarsangaben durch stärkste mögliche oder durch langdauernde Quecksilber- und Jodbehandlung wieder ausgelöscht werden.

Lymphatische Leukämie mit Hauttumoren, von Fimmen-Frankfurt a. M. Bei dem vom Verfasser beobachteten Fall finden sich Tumoren der Kopfhaut und der Stirn, die regionären Drüsen wesentlich vergrößert. Im Blut sind die roten Blutkörperchen vermindert, die weißen um das Zehnfache vermehrt. Im gefärbten Präparat überwiegen die basophilen Lymphozyten gegenüber den neutrophilen Leukozyten. Durch die Behandlung mit Röntgenbestrahlungen und Injektion von Arsen werden die Tumoren sehr gut beeinflußt, die weißen Blutzellen auf die Hälfte vermindert, schließlich wird die Zahl der weißen Blutkörperchen normal, während das relative Verhältnis der Blutzellen zueinander noch pathologisch ist.

Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum (Exanthema ex usu Bromi), von W. M. Kudisch-Kiew. Verfasser berichtet über drei epileptische Kranke, bei denen nach Gebrauch von Brompräparaten Eruptionen an den Unterextremitäten auftraten, bestehend aus einer reichen papillenförmigen Geschwulst. Die Ränder der Geschwulst weisen starke Wucherungen auf; die Geschwulst hat eine vieleckige Form, ist von braunroter Farbe und von einer schmutziggrauen Auflagerung bedeckt. Nach der Entfernung der letzteren werden die intensiv roten, heftig blutenden Papillen sichtbar, aus denen sich mit Leichtigkeit Eiter herausdrücken läßt. Die Geschwulst ist von

Digitized by Google

weicher Konsistenz; bloß die zentrale Partie hat infolge einer durch partielle Exstirpation gesetzten Narbe ein glattes Aussehen. Therapie: Sistierung des Brom; Quecksilberpflaster und Salbe. Kompressen mit Chlornatrium und Bäder und innerlich Chlornatrium 15—20 pro die. Sorgfältige Reinigung der Wucherungen mit Benzin, Auspressen des Eiters aus den Papillen, Kompressen von 10% Liq. Burowi.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.
Band 24, Juli 1912.

1. Die Mikrosporie und ihre Bekämpfung, von Bogrow. B. schließt seine Arbeit mit folgenden Worten: In Moskau und anscheinend auch in den nahegelegenen Provinzstädten, wie z. B. Tula, gibt es neben Favus und Trichophytie auch Mikrosporie, welche tierischen Ursprungs ist. Zur Bekämpfung dieser, wie auch der anderen parasitären Haarkrankheiten ist es notwendig, daß die Schulkinder nicht nur bei ihrer Aufnahme, sondern auch sonst periodisch von Dermatologen untersucht werden. Die kranken Kinder müssen einer strengen Aufsicht, Isolierung und energischen Behandlung unterworfen werden.

2. Zur Behandlung der Lepra mit Salvarsan, von Troitzkaja. Die Verfasserin berichtet über das weitere Schicksal der Leprösen, welche, wie im Augustheft derselben Zeitschrift des Jahres 1911 schon mitgeteilt worden ist, damals vier Salvarsaninjektionen erhalten hatte. In der Zeit vom 8. Okt. bis 26. Nov. hat dieselbe Kranke weitere vier, und zu Anfang dieses Jahres noch fünf Salvarsaninjektionen bekommen. Hierbei zeigte sich, daß die anfängliche Besserung (Verminderung der Leprabazillen, neues Wachsen der Augenbrauen, Abnahme der Lepraknoten) später sistierte und das Auftreten neuer Infiltrate nicht verhinderte. Es machte somit den Eindruck, als wenn die Kranke sich an das, die Krankheit anfänglich günstig beeinflussende Salvarsan gewöhnt habe, und daß die Leprabazillen sich doch nicht so leicht der Wirkung des letzteren zugänglich erweisen.

3. Beobachtungen über die Wirkung des Salvarsans in 342 Fällen von vorwiegend Syphilis, aber auch bei einigen anderen Erkrankungen, von Abulow. Die Versuche A. ergaben, daß eine Therapia sterilisans magna bei schon entwickelter Syphilis nicht erreicht wird, aber daß das im Frühstadium der Syphilis (Ulc. durum) angewandte Salvarsan den Ausbruch der Syphilis für lange zurückhalten oder sogar ganz verhüten kann. Das Salvarsan ist ein machtvolles Mittel bei verschiedenen syphilitischen Erkrankungen und bringt auch in vielen Fällen von parasyphilitischen Erkrankungen eine Besserung der Symptome hervor. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft wird es von den Kranken gut vertragen und übt auf die Gravidität, wie auf die Frucht einen heilsamen Einfluß aus, in dem es einem Abort vorbeugt und die Geburt eines gesunden Kindes begünstigt. Die Behandlung der Säuglinge durch Injektion von Salvarsan bei den stillenden Müttern hat für erstere meist keinen Effekt. Weder mehrfache Salvarsaninjektionen, noch eine kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung sind imstande, Rezidive ganz zu verhüten.

Die Wirkung des Salvarsans auf Psoriasis vulgaris und auf Sycosis parasitaria ist gering, auf Malaria nur kurzdauernd.

Tuberkulose und Nephritis bieten in geringem Grade eine Kontraindikation für die Salvarsaneinspritzung.

4. Das von Dr. B. Motz in Paris gegründete Hôpital International, von Meschtscherski. Beschreibung der Motzschen Privatklinik für Urologie in Paris.

Arth. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

13. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, gehalten in Rom vom 17.—19. Dezember 1911.

(Tipografia degli operai, Via Spartaco 6, Mailand 1912.)

Öffentliche und private Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Truffi.

Über die neuen Normen in der rationellen Therapie der Syphilis, von Barduzzi. Die Behandlung der Syphilis soll von Anfang an energisch mit Quecksilber vorgenommen und mindestens vier Jahre nach der Infektion fortgesetzt werden. Jod soll nur als Adjuvans angewandt werden, da es keine spezifische Wirkung ausübt. Die Behandlung mit Salvarsan kann zurzeit die Quecksilberkur nicht ersetzen, welche noch immer, wenn sie mit weiser Energie angewandt wird, die wirklich spezifische Behandlung bleibt. Die Mischkur, Salvarsan und Quecksilber, kann nur dann bevorzugt werden, wenn durch untrügliche Arbeiten und Statistiken nachgewiesen sein wird, daß damit eine bessere und raschere Heilung der Syphilis erreicht wird. Das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion auch noch zwei Monate nach der Kur ist zwar ein günstiges Anzeichen, aber kein absolutes Kriterium der Heilung und infolgedessen ungenügend, um in den ersten Jahren der Infektion ein Aufhören mit der Behandlung zu rechtfertigen.

Demonstration von Kulturen von Mikrosporon Iris, von Pasini.

Zwei Fälle von Mikrosporie, verursacht durch Mikrosporon equinum, von Pasini. P. konnte das schon in Frankreich und Dänemark gefundene Mikrosporon equinum bei zwei aus Mailand stammenden Knaben zum ersten Male in Italien feststellen. Klinisch waren die Fälle von der gewöhnlichen Mikrosporie kaum zu unterscheiden, nur fehlte die das Haar einige Millimeter vom Follikel aus einhüllende Scheide. Mikroskopisch war das Bild ebenfalls demjenigen der Mikrosporie gleich, nur war entsprechend dem klinischen Aussehen die peripiläre Sporenscheide diskontinuierlich. Die Hauptunterscheidungsmerkmale zeigte die Kultur. Es war eine kaffeegraue, oberflächliche, im Zentrum vorgewölbte, radiär gestreifte, anfangs behaarte, aber später glatte, feuchte Kultur, welche mikroskopisch aus von Chlamidosporen unterbrochenenen Myzelien mit einer großen Zahl multilokulären Spindeln gebildet war.

Keratosis follicularis spirulosa mit Lokalisation im Gesicht, von Bottelli. Die Lokalisation der Erkrankung im Gesicht, wie sie hier bei einem 19jährigen Mädchen beschrieben wird, ist selten.

Dermatologische Nomenklatur, von Barduzzi.

Über einen Fall von Neurodermitis linearis psoriasiformis, von Vignolo-Lutati. Ein 6jähriges Kind zeigte an der inneren Seite des Oberschenkels von der Leistenbeuge anfangend zwei je 1 cm breite, in wenigen Zentimetern Abstand parallel zueinander verlaufende Streifen, welche lebhaft an Psoriasis erinnerten, ohne aber mit ihr identisch zu sein.

Über den sogenannten Lichen albus von Zumbusch, von Vignolo-Lutati. Kasuistische Mitteilung. Ein 33jähriger Arbeiter zeigte an den Vorderarmen typischen Lichen planus, am Penis und Skrotum Knötchen von Lichen planus atrophicus. Letztere zeichneten sich durch ihre weiße Farbe aus und durch das Fehlen der mosaikartigen Anordnung, so daß V. den Fall zum Lichen albus Zumbuschs rechnet. Mikroskopisch fand sich das typische Lichen planus-Bild, an einigen Papeln mit den speziellen Kennzeichen der atropisch-sklerösen Varietät.

Untersuchungen über den Organstoffwechsel bei einigen mit Salvarsan behandelten Syphilitikern, von Cappelli. Gleich nach der Injektion ist bei allen Kranken ein Stickstoffwechsel nachzuweisen, der aber weder auf das Fieber noch auf

Digitized by Google

die verminderte Nahrungsaufnahme, sondern dem Einflusse des Salvarsans zugeschoben werden muß. Vom zweiten Tage an tritt aber plötzlich das Gegenteil ein. Es findet sich dann eine ganz außerordentliche Stickstoffersparnis des Organismus, welche das subjektive Wohlbefinden und die Zunahme des Körpergewichts der Kranken erklärt.

Area Celsi und Syphilis, von Cappelli. Von 100 Fällen von Area Celsi zeigten 88 absolut keine syphilitischen Symptome oder Antezedenzien und boten einen negativen Wassermann. In 4 Fällen, die anamnestisch oder in Anbetracht somatischer Zeichen suspekt waren, war die Wassermannsche Reaktion ebenfalls negativ und eine antiluetische Kur ohne jeden Erfolg. Von den 8 übrigbleibenden Fällen ist einer außer Betracht zu ziehen, weil die Area vor der luetischen Infektion vorhanden war. In 5 Fällen erschien die Area erst in der Spätperiode, der Wassermann war ebenfalls negativ. Nur 2 Fälle traten bei frischer Lues auf. Hier war der Wassermann positiv, aber eine antiluetische Behandlung hatte in keinem Falle einen sicheren Erfolg.

Bemerkungen über die Syphilis des Kaninchens, von Truffi. Truffi konnte folgende fern vom Inokulationspunkt auftretenden Manifestationen der Syphilis erzielen: 1. Knoten der Tunica vaginalis, erbsen- bis nußgroß mit reichem Spirochäteninhalt. Es konnten deren, isoliert oder multipel, mit oder ohne Verwachsung mit dem Nebenhoden bei sechs Kaninchen gefunden werden. 2. Knoten der Hodensubstanz, als zirkumskripte Infiltrate ebenfalls reich an Spirochäten, bei drei Kaninchen. 3. Kornealinfiltrationen vom selben Charakter als diejenigen, welche man bei direkter Übertragung von syphilitischem Material in die Kornea oder in die vordere Kammer erhält, in vier Fällen, darunter ein Kaninchen, das außerdem einen spezifischen Knoten am Testikel aufwies. 4. Kantknoten am Palpebralrande des unteren Augenlides, erbsengroßes, spirochätenreiches Infiltrat. Das Kaninchen war drei Monate vorher am Skrotum geimpft worden. Außerdem wies dasselbe eine Hauteruption auf, deren Elemente papelähnlich aussahen, aber keine Spirochäten enthielten. Experimentelle Inokulationen nach Auftreten dieser Erscheinungen schlugen fehl.

Impfung von Lepramaterial in die vordere Augenkammer des Kaninchens, von Truffi. Der Verfasser erzielte die Bildung eines an Leprabazillen reichen Granulationsgewebes im Umkreis des inokulierten Gewebsstückchens und von diffusen oder zirkumskripten entzündlichen Läsionen entfernt von der Inokulationsstelle besonders auf der Iris. Doch glaubt der Verfasser nicht, daß dies genügt, um die Übertragbarkeit der Lepra auf Tiere zu beweisen.

Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Truffi. Kasuistischer Beitrag.

Nageltrichophytie, von Truffi. Nageltrichophytie bei einem 18 Monate alten Kinde ohne andere Lokalisation der Trichophytie. Es handelte sich um Trichophyton acuminatum Sabouraud.

Über die Verteilung des elastischen Gewebes in den Corpora cavernosa des Penis und der Glans, von Ercoli. Das elastische Gewebe ist in diesen Organen dermaßen um die Gefäße und Nerven angeordnet, daß die Erektion erleichtert und während derselben eine Kompression der Nervenäste vermieden wird.

Ein Fall von Anaphylaxie für Scharlach R., von Lombardo. Eine 64jährige Frau bekam eine 4%ige Scharlach R.-Salbe auf schlecht heilende variköse Geschwüre. Die Heilung erfolgte in kurzer Zeit. 6 Monate später sollte dieselbe Salbe bei einem mittlerweile aufgetretenen Rezidiv wieder angewandt werden, es erfolgte aber eine äußerst heftige Reizung und zwar auch an anderen Körperstellen, die mit Scharlach-R. in Berührung kamen.

Digitized by Google

Die Wassermannsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit, von D'Amato. Bei einem 16jährigen jungen Manne, der plötzlich an Taubheit erkrankte, war es nur durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion möglich, die Diagnose auf Syphilis hereditaria tarda zu stellen.

Klinischer Beitrag zur Therapie der Syphilis mit Salvarsan, von Simonelli. Bestätigung der bekannten Vor- und Nachteile des Salvarsans.

Über die Pathogenese des Erythema pernio, von Simonelli. Durch subtile Versuche gelang es dem Verfasser nachzuweisen, daß bei Kaninchen, welche mit dem Serum von anderen Kaninchen, die öfters kalten Temperaturen ausgesetzt worden waren, inokuliert wurden, eine Hypersensibilität auf lokale Kältewirkung vorhanden ist. Bei Kontrolltieren war die Grenztemperatur, bei welcher eine lokale Reaktion erfolgte, — 5° C, während sie bei inokulierten Tieren 0° C betrug. Versuche gelangen am besten mit Serum, das von Tieren stammte, die man mit ihren hinteren Extremitäten in kaltes Wasser getaucht hatte, als mit Serum von Tieren, die für eine bestimmte Zeit in den Eisschrank gekommen waren. Der Verfasser glaubt die gefundenen Resultate vielleicht für die Pathogenese des Erythema pernio verwerten zu können.

Beitrag zu den Normen der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von D'Amato. D'Amato empfiehlt Aufklärung des Publikums durch Vorträge in den Volksfortbildungsschulen und in der Armee, ferner durch Verteilung von Druckschriften in den Polikliniken.

Über die klinische Bedeutung der Anaphylaxie in der Dermatologie, von Barduzzi. Viele Dermatosen, deren Ätiologie bis jetzt noch unbekannt ist, verdanken wahrscheinlich ihre Pathogenese der Anaphylaxie und werden vielleicht später ein besonderes Kapitel der Dermatologie bilden.

Erythema polymorphe der Mundschleimhaut, von Terzaghi. Fall von polymorphem Erythem des Gesichts und der oberen Extremitäten mit Beteiligung der Zunge und mit exazerbierter chronischer Gastro-Enteritis.

Verhalten des Blutes Neuropathischer unter der Einwirkung von Röntgenstrahlen, von Terzaghi. Der Verfasser fand geringfügige Unterschiede im Verhalten des Blutes einer Lösung von Kaliumpermanganat gegenüber vor und nach der Röntgenbestrahlung. Die Versuche wurden bei einer neuropathischen Kranken mit Prurigo mitis vorgenommen.

Lupus und Epitheliom — Syphilis und Epitheliom, von G. Garibaldi. Mitteilung zweier Krankengeschichten.

Das Salvarsan bei den papulösen Formen der Syphilis, von A. Galimberti. Der Verfasser sah auch bei rein papulösen Formen der Syphilis gute Erfolge vom Salvarsan. Es wirkt also nicht nur bei exsudativen und ulzerösen Formen, wie manche Autoren annehmen.

Über die Bildung spezifischer Antikörper bei Kaninchen, die mit Nukleoproteiden syphilitischer Organe behandelt wurden, von G. Di Cristina und M. Cipolla. Die Verfasser wollten untersuchen, ob es möglich wäre, bei Kaninchen einen spezifischen Antikörper zu erhalten, ohne sie mit Syphilis zu infizieren, indem man sie nur mit nicht infektiösem syphilitischem Material behandelte. Sie stellten sich aus Lebern und Milzen von syphilitischen Neugeborenen ein Nukleoproteid her, das sie, in 0,5%iger Sodalösung gelöst, Kaninchen intravenös injizierten. Bei zwei so behandelten Kaninchen konnte nach 10 Tagen ein spezifischer Antikörper im Blute nachgewiesen werden. Als Antigen wurde alkoholisches Meerschweinchenherzextrakt gewählt. Später wurden die Tiere auch mit intraperitonealen Injektionen behandelt, und immer konnte

Digitized by Google

das Vorkommen eines spezifischen Antikörpers nachgewiesen werden. Die Komplementablenkung war vollständig und dauerte während der ganzen Periode der Injektionen an.

Zuletzt demonstrierte CAMPANA seine aus Molluscum contagiosum kultivierten Sporozoen. A. Gunsett-Straßburg.

Actas dermo-sifiliograficas.

4. Jahrgang, 1912, Nr. 3.

Das Neosalvarsan. Erste klinische Eindrücke, von J. DE AZÚA. Nach ausgedehnter Anwendung des Neosalvarsans kommt A. zum Schlusse, daß das Mittel eine intensivere therapeutische Wirkung als das Salvarsan hat, selbst wenn man kleinere Dosen als die anfangs empfohlenen gibt. Er gibt als Initialdosen bei sonst gesunden Männern 0,6—0,8, bei Frauen 0,4—0,6, und steigt dann bei jeder weiteren Injektion um 0,1 bis 0,2, übersteigt aber nicht 1,2—1,3 bei Männern und 0,9—1,0 bei Frauen. Es können 6—8 Injektionen ohne Schaden gegeben werden, aber immer in Zwischenräumen von mindestens 4 bis 7 Tagen. Es ist ferner von enormer Wichtigkeit, zur Vermeidung von Neurorezidiven zu gleicher Zeit eine Merkurialkur vorzunehmen.

Titer der Salvarsanlösungen, von M. SERRANO und ALVAREZ SAINS DE AJA. Die Verfasser untersuchten alle Kochsalzlösungen von 1—9‰ und fanden von 6‰ alle hypertonisch, diejenigen unter 5‰ hypotonisch. Sie empfehlen deshalb eine 5‰ige Kochsalzlösung. Ferner empfehlen sie das Salvarsan nicht in Lösung 1:500, sondern 1:400 zu geben, da eine geringe Flüssigkeitsmenge dem Körper einverleibt wird und die Injektion dann weniger Zeit in Anspruch nimmt. Bei 580 auf diese Weise vorgenommenen Injektionen sahen die Verfasser nie einen unangenehmen Zufall.

Medikamentöse Binden, von PEYRI ROCAMORA. Der Verfasser läßt Binden mit Pulvern und Salben herstellen. Zum Anfeuchten in Wasser werden verwandt Pulverbinden mit Alaun und essigsaurem Blei bei sezernierenden Ekzemen und Dermatitiden. Als trockene Pulverbinden kommen solche, die mit Bismut. subnitric. und Zinc. oxyd. oder Talc. versehen sind, in Anwendung, und zwar bei akuten Ekzemen und ekzematisierter Prurigo oder Pruritus. Alle Salben, Glyzerolate, Gelatinen und UNNAS Gelanth können zu Salbenbinden verwandt werden.

Tremor syphilitischen Ursprungs, von J. S. COVISA. Es handelte sich um einen Tremor des rechten Vorderarms bei einem 26jährigen Kranken 6 Jahre nach der luetischen Injektion, ohne daß noch andere Symptome vorhanden wären. Wahrscheinlich ist dieser Tremor ein Prodromalsymptom einer schweren Hirnlues.

Ein Fall von „Pelade decalvante" im Verlaufe einer syphilitischen Infektion, geheilt nach zwei Salvarsaninjektionen, von HERNANDEZ SAMPELAYO. Ein 30jähriger Kranker akquirierte vor mehreren Jahren Lues, die nur mit Pillen behandelt wurde. Im gleichen Jahre stellten sich mehrere Plaques von Alopecia areata auf seinem Kopfe ein, die bald zu totaler Alopekie führten. Eine sehr intensive Merkurialbehandlung führte zu keinem Erfolge. Nach 5 Jahren bestand die Alopekie bei positivem WASSERMANN unverändert weiter. Er bekam nun zweimal 0,4 g Salvarsan intravenös in einem Intervall von 4 Wochen, verschwand dann aus der Beobachtung und stellte sich 6 Monate später als vollständig geheilt mit vollem Haarwuchs wieder ein.

Behandlung der Neurorezidive bei mit Salvarsan behandelten Kranken, von E. ALVAREZ SAINT DE AJA. Prophylaktisch soll zur Vermeidung der Neurorezidive immer zugleich Quecksilber mit Salvarsan gegeben werden, insbesondere soll vermieden werden, daß die Kranken nur eine Salvarsaninjektion und sonst nichts erhalten. In kurativer Beziehung empfiehlt der Verfasser bei Vorhandensein eines Neurorezidivs tägliche intravenöse Injektionen von 1—2 Zentigramm Zyanquecksilber oder Sublimat

Digitized by Google

in ein- oder zweiprozentiger Lösung oder, wenn keine brauchbaren Venen vorhanden sind, wöchentlich 7—10 Zentigramm Kalomel intramuskulär, außerdem 2—4 und mehr Gramm Jodkalium.

Fall von schwerer Sekundärsyphilis; schöner Heilerfolg durch Salvarsan, von F. Criado. Enorme Infiltrate und Ulzerationen im zweiten Jahre der Lues bei einem 36jährigen Mann. Heilung nach zwei Injektionen von 0,3 Salvarsan.

Behandlung der nodulären Hauttuberkulide mit der Bierschen Methode, von E. Alvarez Sainz de Aja und M. Serrano. Die einzelnen Läsionen wurden ähnlich wie Furunkel mit zweimal täglicher Applikation von Bierschen Saugköpfen behandelt.

Osteo-Arthritis des Ellenbogens syphilitischen Ursprungs. Mitralinsuffizienz, von J. S. Covisa. Die Erkrankung des Ellenbogens trat 4 Jahre nach der Injektion bei einem 53jährigen Manne auf. Da der Kranke außerdem an Mitralinsuffizienz litt, bekam er nur 0,25 g Salvarsan intravenös 4mal hintereinander (in 8tägigen Intervallen), die er gut vertrug, außerdem 3 Injektionen von 8 cg grauen Öls. Bedeutende Besserung. Der Fall lehrt, daß auch kleine Salvarsandosen eine gute Wirkung haben, und daß die endokardialen Veränderungen weniger für die Salvarsantherapie zu bedeuten haben als die myokardialen.

Neurosyphilis nach Salvarsan bei einem Sekundärsyphilitischen. Doppelte Fazialisparalyse. Labyrinthitis. Partielle Paralyse des Oculomotorius communis. Diffuse meningeale Symptome, von Juan de Azúa. 26jähriger Kranker mit Schanker und Roseola, der bereits 2 Injektionen von grauem Öl erhalten hatte. Der Kranke wurde genau untersucht und in allen Organen gesund befunden. Er erhielt 0,4 g Salvarsan intravenös uud blieb dann aus der Behandlung. Nach 6 Wochen erschien das Neurorezidiv.

Seltener Heilungsprozeß von einfachen Warzen, von J. Nonell. 35jährige Frau mit multiplen Warzen auf beiden Handrücken und Fingern. Applikation von flüssiger Kohlensäure ($1^1/_2$ Minuten) auf einige derselben, und zwar nur auf der einen Seite. Nach 14 Tagen waren dieselben geheilt, und 4—5 Wochen später verschwanden auch alle übrigen spontan ohne Behandlung.

Syphilis der zweiten Generation, von E. Alvarez Sainz de Aja. Geschichte einer Familienlues mit heredoluetischen Stigmaten und positivem Wassermann bei einem Gliede der zweiten Generation. A. Gunsett-Straßburg.

Revista española de Dermatología y sifiliografía.

Nr. 164, August 1912.

Drei Fälle von phagedänischem Ulkus des Penis, von E. de Oyarzabal. Bei einem Manne, der 40 Jahre vorher Lues durchgemacht hatte, trat im 64. Lebensjahre ein phagedänisches Geschwür am Penis auf, das trotz Merkurialbehandlung in kurzer Zeit die Eichel zerstörte. Wassermann positiv. Aus dem mit diphtheritischen Membranen bedeckten Geschwür konnten keine Spirochäten nachgewiesen werden, hingegen ein Bazillus, der sich bei der Kultur als der Bacillus septicus putridus Roger ergab. Durch kein Mittel konnte dem Phagedänismus Einhalt geboten werden, und nach 5 Monaten waren die Corpora cavernosa noch nicht epidermisiert. Zwei Jahre später starb der Patient an Pneumonie, ohne daß die Wunde verheilt war. Die beiden anderen Fälle, deren klinische Krankengeschichte mitgeteilt wird, betreffen einen zerstörenden Phagedänismus unbekannter Ursache. Nähere mikroskopische Untersuchungen werden nicht erwähnt.

Digitized by Google

Allgemeine Bemerkungen über Radium bei Hautkrankheiten, von Rodriguez F. Sierra. Der Verfasser verwandte folgende Radiumapparte: 1. 0,04 g Radiumsalz fixiert auf einer Metallplatte von 0,02 m Durchmesser. Die Aktivität beträgt 500000 Einheiten, wovon auf α-Strahlen 5-10%, auf β-Strahlen 75-80% und auf γ-Strahlen 15% kommen. 2. 0,04 g Radiumsalz auf Tuch von 0,02 m Durchmesser von ebenfalls 500000 Einheiten, wovon aber auf α-Strahlen 80%, auf β-Strahlen 18% und auf γ-Strahlen 2—3% kommen. 3. 0,04 g Radiumsalz auf einer Metallplatte von 0,015 m mit der gleichen Zahl Einheiten, aber 0% α-, 90% β- und 4% γ-Strahlen. Der erste Apparat enthält also am meisten penetrierende γ-Strahlen. Der Verfasser gibt eine detaillierte Beschreibung seiner Technik (Filter, Applikationsweise und -Dauer usw.). Die besten Resultate erzielt er bei den Nävis und den Epitheliomen. Um alle Krankheiten behandeln zu können, braucht man als Minimum für 16000 Fr. Radium.

Beitrag zum Studium der Meiostagiumreaktion bei der Syphilis, von Marañon-Madrid und Pascual y Rios-Madrid. Bei primärer Syphilis war die Reaktion in 75% der Fälle positiv in vollständiger Übereinstimmung mit der Wassermannschen. In den untersuchten Fällen von sekundärer Syphilis war sie immer positiv. Das gleiche war bei alter Lues der Fall. Bei Nervensyphilis (Myelitis, Neuritis, Hirnlues usw.) war sie in 6 untersuchten Fällen positiv, nur bei einem Falle von Myelitis mit positivem Wassermann war sie negativ. Zwei Tabiker reagierten positiv. Bei fünf progressiven Paralytikern stimmte sie mit der Wassermannschen überein.

Schwere frühzeitige Syphilis des Nervensystems, geheilt mit Salvarsan, von Marcelino Gavilan y Bofill-Valladolid. Fall von Hirngumma. Kasuistischer Beitrag.

(Nr. 165, September 1912.)

Indikationen der internen Behandlung und speziell des Allosans bei den blennorrhoischen urethro-vesikalen Prozessen, von Luis del Portillo. Der Verfasser hatte mit Allosan, einem Santalolderivat, gute Erfolge bei blennorrhoischen Erkrankungen. Er rühmt ihm nach, daß es von gleicher Wirkung ist wie Sandelöl, aber dessen schlechte Nebenwirkungen nicht hat. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Hämatologische Untersuchungen bei Pellagrösen, von Emilio Maj. Rivista pellagrol. ital., 1910, Nr. 6; 1911, Nr. 4, 5, 6; 1912, Nr. 1.) Nach seinen Erfahrungen kann der Verfasser keine für Pellagra typische Leukozytenformel aufstellen. Die großen Mononukleären und die Übergangsformen sind vermehrt, ebenso die Eosinophilen im Stadium der Besserung. Eosinophilie im Beginne ist durch Helminthiasis bedingt. Bei schweren typhösen Formen sind die Leukozyten vermindert, ihre Kerne degeneriert, Bei schweren Fällen von Pellagra ist Form und Farbe der roten Blutkörperchen verändert. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Sandfliege und Pellagra, von S. J. Hunter-Lawrence. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 58, Nr. 8.) Bericht von Übertragung der Pellagra durch die Sandfliege — Simulium vittatum — von einer Pellagrakranken auf einen männlichen Affen.

Schourp-Danzig.

Geistige Überanstrengungen und Gemütsbewegungen als möglicher ätiologischer Faktor in gewissen Fällen von Pellagra, von J. W. Preston-Roanoke.

Digitized by Google

(Med. Record, 2. Dez. 1911.) Bericht von drei Fällen, die sämtlich weiße Frauen betrafen. W. Lehmann-Stettin.

Über die Übertragung der Pellagra auf Affen, von S. Tizzoni. (Pathologica, 1911, Nr. 55.) Aus Pellagrakranken konnte Verfasser einen Mikroorganismus isolieren, den er als den spezifischen Erreger der Krankheit betrachtet und mit dem Namen: Streptobacillus pellagrae belegte. Affen subkutan eingeimpft, ruft dieser Keim das klinische Bild der menschlichen Pellagra hervor. Aus dem Blute, der Leber, der Milz solcher Affen konnte Verfasser Keime gewinnen, welche dieselben morphologischen und kulturellen Charaktere hatten wie der inokulierte Keim, und, ebenso wie dieser, meerschweinchenpathogen und gegen hohe Temperaturen widerstandsfähig waren.
K. Rühl-Turin.

Über einen positiven bakteriologischen Befund in Fällen von schwerer Pellagra, von N. Ramella. (Gaz. degli osped. e delle Clin., 1911, Nr. 113.) Verfasser hat in schweren, tödlich verlaufenen Fällen von Pellagra aus dem Blute und aus der Zerebrospinalflüssigkeit einen Keim isoliert, der die morphologischen und kulturellen Charaktere des Streptobacillus pellagrae von Tizzoni besaß und sich meerschweinchenpathogen erwies. K. Rühl-Turin.

Untersuchungen über die Komplementbindung bei Pellagrakranken, von L. Lucatello und M. Carletti. (Gaz. degli osped. e delle clin., 1911, Nr. 60.) Im pellagrakranken Organismus spielen sich Prozesse ab, welche in das große Gebiet der Immunitätsreaktionen gehören. Die Verfasser haben bei Pellagrösen das Vorhandensein einer antitoxischen, auf die Maisgifte spezifisch wirkenden Substanz im Blutserum, eine erhöhte Giftigkeit des Serums, das Vorhandensein eines wahrscheinlich spezifischen Präzipitins im Blute und eine kurative Wirkung des Serums von Rekonvaleszenten nachgewiesen. Weitere Untersuchungen zeigten im Blute von Pellagrakranken das Vorhandensein von das Eiweiß aus Maisaufgüssen präzipitierenden Antikörpern und von Hämolysinen.

Die Verfasser haben auch Versuche mit der Komplementbindungsreaktion in 20 Pellagrafällen von verschiedener Form ausgeführt. Sie stellten aus den Organen einer an Pellagra gestorbenen Frau, und zwar aus Gehirn, Leber, Milz, Niere, Darm, Pankreas, Schilddrüse und Nebenniere alkoholische Extrakte her und benutzten dieselben als Antigen; die angewendeten Antisera wurden bei 55° C inaktiviert; als Komplement diente frisches Meerschweinchenserum, als hämolytisches System Hammelerythrozyten und inaktiviertes hämolytisches Kaninchenserum. Sie beobachteten in 15 Fällen eine sensibilisierende Wirkung auf das Antigen verschiedener pellagröser Organe, so daß diese das Komplement fixieren konnten. Am häufigsten beobachteten sie eine Sensibilisierung des aus der Milz und den Nebennieren gewonnenen Antigens. Verhältnismäßig am häufigsten wurde die Fixationsreaktion mit dem Serum aktiver Pellagrafälle erzielt. Eine positive Reaktion mit dem aus pellagrösen Organen stammenden Antigen gaben auch Fälle von Lues, Epilepsie usw. K. Rühl-Turin.

Die Zerebrospinalflüssigkeit in der Pellagra, von Pierre Boveri-Pavia. (Presse méd., 1912, Nr. 29.) Bei allen Kranken, welche der Untersuchung unterworfen wurden, war die Zerebrospinalflüssigkeit klar und durchsichtig wie Kristallwasser. Der mit dem Krönigschen Apparat gemessene Druck zeigt teils normale, teils verminderte, teils erhöhte Werte. In letzterem Falle war zu gleicher Zeit eine Eiweißvermehrung und eine geringe Lymphozytose vorhanden. Diese Kranken zeigten dann außer den Haut- und Gastrointestinalerscheinungen zentrale Nervensymptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Steigerung der Reflexe. Die Nonnesche und Noguchische Reaktion war in

Digitized by Google

diesen Fällen positiv. Die Zerebrospinalflüssigkeit zeigt gewöhnlich bei der Pellagra keine Leukozytose, außer wenn die klinischen Symptome auf eine meningeale Reizung hinweisen. Mit der Eiweißvermehrung ging eine Vermehrung des spezifischen Gewichts und der Viskosität Hand in Hand. Die größten Zahlen hierfür wurden bei Individuen gefunden, bei denen die Nonnesche und Noguchische Reaktion positiv waren. Mikroorganismen konnten nie aus der Zerebrospinalflüssigkeit kultiviert werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über die viszerale Atrophie bei der Pellagra, von Eugène Huck. (Thèse d'Alger, 1910.) Fritz Loeb-München.

Pellagra und Morbus Parkinsoni, von Giuseppe Paravicini. (Rivista pellagrol. ital., 1912, Nr. 1.) Mitteilung eines Falles. Die Kombination von Pellagra und Paralysis agitans spricht zugunsten der Annahme, daß diese hauptsächlich durch degenerative Momente in der motorischen Sphäre bedingt ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Diagnose der pellagrösen Psychose, von Dario Valtorta. (Rivista pellagrol. ital., 1910, Nr. 4, 5; 1911, Nr. 2, 4.) Die prodromalen Symptome können sich aggravieren, bevor die übrigen Erscheinungen der Krankheit erkennbar sind, wenn sie psychotischer Natur sind. Die Geistesstörungen können sich mit anderen Veränderungen des Zentralnervensystems kumulieren. Alkohol beschleunigt den Verlauf der Pellagra. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige therapeutische Erfahrungen bei Pellagra mit dem organo-mineralischen, radioaktiven Serum von Dr. Jean Nicolaidi, von Umberto Grillo und Emilio Maj. (Rivista pellagrol. ital., 1911, Nr. 6.) Die Verfasser haben zwölf Fälle mit dem erwähnten Serum behandelt. Alle zeigten bald Besserung mit Ausnahme eines Falles, der mit Alkoholismus kombiniert war und der an Delirium tremens litt, und eines anderen, der schwere psychische Phänomene aufwies. Besonders ins Auge fallend war die Regelung des Stuhles. Der Ernährungszustand und die Kräfte hoben sich, so daß einige Patienten zu ihrer Arbeit zurückkehren konnten. Die subjektiven Phänomene (Schwindel usw.) und die vasomotorischen besserten sich oder verschwanden. Das Zungenepithel regenerierte sich, die Reflexe wurden nicht beeinflußt. Bei dem chronischen Verlaufe der Pellagra sind noch weitere Erfahrungen und längere Beobachtungen nötig, um ein definitives Urteil über das Mittel fällen zu können.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra und deren Behandlung durch direkte Bluttransfusion, von H. P. Cole-Mobile. (Brit. med. Journ., 1911, Nr. 11.) Zur Behandlung von Pellagrakranken, bei welchen die sonstigen therapeutischen Hilfsmittel versagen, empfiehlt C. die direkte Bluttransfusion. Er hat 31 Patienten im letzten Stadium des Leidens auf diese Weise behandelt und kann 18 unter ihnen als genesen bezeichnen. Von den ungünstig verlaufenen Fällen waren 3 bei der Vornahme des Eingriffs tatsächlich moribund. Zur Blutentnahme dienten bei der Hälfte der Fälle Verwandte der Kranken, doch scheint dieser Umstand auf das Endresultat wenig oder gar keinen Einfluß zu haben. In Anbetracht der geringen Wirkung unserer sonstigen Therapie bei den vorgeschrittenen Stadien des Leidens verdienen diese Beobachtungen jedenfalls weitere Beachtung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Livedo annularis, von Comby. (Bull. méd., 1912, S. 1060.) Die Affektion sah wie Purpura aus. Richard Frühwald-Leipzig.

Erytheme mit malignem Symptomenkomplex bei infektiösen Krankheiten, von Hutinel. (Presse méd., 1912, Nr. 21.) Im Anschluß an einen Fall von Typhus

Digitized by Google

bei einem Kinde, bei dem unter drohenden Erscheinungen ein skarlatiniformes Erythem an den Knien, den Ellenbogen und den Glutäen auftrat, bespricht Hutinel die im Verlaufe infektiöser Krankheiten auftretenden Erytheme, welche immer der Ausdruck eines schweren Infekts des Organismus sind. Außer beim Typhus kommen diese Erytheme z. B. bei der Skarlatina vor. Besonders in der Rekonvaleszenz erscheinen hier Erytheme, deren Charaktere total vom Skarlatinaexanthem differieren und die fast immer an Streptokokkeninfektionen gebunden sind, welche von der Mund- oder Nasenhöhle ausgehen. Wenn diese Erytheme bei Skarlatina auch oft nur leichter Art sind und schnell abheilen, so gibt es doch häufig auch maligne, wobei die konkommitierenden Halserscheinungen ebenfalls schwerer, an Diphtherie erinnernder Natur sind. Sie sind skarlatiniform, morbilliform oder polymorph, oft sogar purpuraartig und sind dann von Diarrhöen, Erbrechen und starker Prostration begleitet. Auch bei Masern, einfacher Angina, akuter Adenitis, Pneumonie oder Intestinalinfektionen kommen sie nicht zu selten vor. Nach Ansicht des Verfassers spielen Läsionen der Nebennieren eine hervorragende Rolle in der Vermittlung dieser schweren Symptome. Infolgedessen wendet er bei diesen Zuständen, die mit starker Asthenie einhergehen, mit Vorliebe Adrenalin an. Man gibt bei Kindern 6—8—10 Tropfen einer 1 ‰igen Lösung täglich.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Serumeruptionen und das Chlorkalzium, von Hana Gouralska. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Der Wert der Kalziumsalze als Prophylaktikum gegen Serumexantheme, von M. A. Cassidy-London. (Lancet, 16. Dez. 1911.) Es ist verschiedentlich empfohlen worden, Kalziumchlorid resp. Kalziumlaktat bei der Injektion von Diphtherieantitoxin zu verabreichen, um das Auftreten eines Serumausschlages zu verhindern. Verfasser hat bei einer Serie von 62 injizierten Kindern der Reihe nach abwechselnd Kalzium gegeben resp. die Behandlung ohne dasselbe geführt. Es starben 12 Kinder; von den überlebenden 50 hatten 23 Kalzium erhalten, 27 nicht. Nach den aufgestellten Tabellen ergaben die mit Kalzium behandelten Fälle eine etwa doppelt so große Ziffer und viel intensivere Erkrankungen an Ausschlag als die anderen. Das Kalziumsalz wirkt also eher schädlich als nützlich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der durch Antipyrin verursachten bullösen Affektionen der Mundhöhle, von Eugène-Henri l'Huillier. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911, Nr. 114.) Antipyringebrauch kann in der Mundhöhle bullöse Läsionen hervorrufen. Diese Art Stomatitis ist nicht selten, aber noch ziemlich wenig bekannt geworden. Sie ist besonders in diagnostischer Beziehung von großem Interesse. Der bullöse Antipyrinismus ist klinisch am Anfang durch Pruritus und ein karminrotes Exanthem charakterisiert. Darauf kommt es zum Auftreten von Blasen von wechselnder Größe, Form, Lokalisation, welche bersten und zu Geschwürsbildungen aphthösen, herpetiformen, syphilidartigen, pemphigoiden Charakters führen. Die Entwicklung dieser Läsionen ist eine sehr schnelle, in 1—15 Tage vollzieht sie sich. Bei neuerlicher Anwendung von Antipyrin kommt es regelmäßig zu Rezidiven in der Mundhöhle und zur erneuten Bildung bullöser Erscheinungen. Es gibt Formen, die sich ausschließlich in der Mundhöhle lokalisieren, ebenso verschiedenartige Formen von Antipyrinismus auf der Haut. Von Wichtigkeit ist es, festzustellen, daß die betreffende Affektion auf der Anwendung des Medikaments beruht. Sonst sind Verwechslungen mit anderen bullösen oder geschwürigen Prozessen der Mundhöhle, die eine ganz andere Prognosestellung und Behandlung erfordern, unvermeidlich. Ist das Antipyrin allein schuld an der Affektion, dann ist die Prognose günstig, und es genügt, das Mittel auszusetzen, um definitive Heilung herbeizuführen.

Digitized by Google

Die verschiedenen Hypothesen, die man zur Erklärung der ganzen Erscheinung aufgestellt hat, vermögen nicht ihr Wesen zu erklären. Wahrscheinlich sind dabei vasomotorische Einflüsse im Spiel. Fritz Loeb-München.

Untersuchung über die Entstehung des Ödems, von Ludwig Pincussohn-Berlin. (Ztschr. f. exper. Pathol., Bd. 10, H. 2.) Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen glaubt der Verfasser aus den Versuchen folgendes schließen zu können: Die Quellung der Gelatine und der Gewebe ist von einer Reihe von Faktoren abhängig, u. a. von der Menge der hereindiffundierten Säure und von der Oberflächenspannung, sowohl des betreffenden Eiweißkörpers als auch der ihn umgebenden Flüssigkeit. Durch Einwirkung von Säuren wird die Quellung von Gelatinewürfeln, Muskel und, durch manche Säuren, von Knorpel gegenüber der durch destilliertes Wasser bewirkten erhöht, die von Leber, Niere, Milz und Lunge dagegen in der Regel erniedrigt. Es bestehen zwischen den einzelnen Organen graduelle Unterschiede. Nierenrinde quillt stärker in Säuren und Wasser als Nierenmark. Chrzelitzer-Posen.

Akutes angioneurotisches Ödem im Verlauf eines blennorrhoischen Rheumatismus, von L. Gallavardin und Delachanal-Lyon. (Presse méd., 1912, Nr. 10.) Im Verlaufe eines typischen blennorrhoischen Gelenkrheumatismus traten bei einem 27jährigen Manne folgende charakteristischen Ödeme auf. Das erste erschien am Rücken der linken Hand, ließ den ganzen Handrücken anschwellen und verschwand am anderen Tag. Zwei Tage später traten dieselben Symptome am linken Fußrücken auf. Seit dieser Zeit trat während sechs Wochen alle zwei Tage ein derartiges Ödem auf, das teils am Rumpf, teils an den Extremitäten lokalisiert war. Auch das Gesicht wurde in Mitleidenschaft gezogen: die oberen Augenlider, die linke Seite der Unterlippe wurden sukzessive betroffen, desgleichen die beiden Zungenhälften, sogar leichtes Glottisödem wurde einmal konstatiert. Sobald das Ödem eine laterale oder symmetrische Partie betraf, blieb es genau auf einer Seite lokalisiert und überschritt nie die Medianlinie. Zuletzt verschwanden die Ödeme, als der Allgemeinzustand des Kranken besser wurde, ganz.

Es handelte sich hier um ein Ödem, das ganz analog dem Quinckeschen Ödem verlief, das aber auf Konto der blennorrhoischen Infektion zu stellen ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Kenntnis der akuten zirkumskripten Ödeme (Quinckesche Krankheit), von Gustave Feuillet. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Ödem bei Kindern, von P. A. Potter-East Orange. (Arch. of Pediatrics, März 1912.) Verfasser hat seit seiner Publikation in den „Medical News" 1904 wieder 17 Kinder beobachten können, bei denen im Anschluß an langdauernde Unterernährung und chronische Diarrhöe Ödeme aufgetreten sind, ohne daß irgend welche Erkrankung der Nieren oder des Herzens nachweisbar gewesen wären. Er glaubt, daß dieser Zustand häufiger vorkommt, als im allgemeinen darauf geachtet wird, und möchte ihn in Beziehung zu der Ernährung setzen, ohne daß er bisher imstande ist, eine genaue Erklärung zu geben. W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Der Gynäkolog und Urolog, Dr. Siegmund Mirabeau-München ist gestorben.

Entgegnung auf das kritische Referat von Paul Unna jun. in Nr. 36 der Derm. Wochenschr. vom 7. September 1912, von Dr. R. Rohrbach, Spezialarzt für

Digitized by Google

Hautkrankheiten. In Nr. 36 der Derm. Wochenschr. 1912 findet sich eine kritische Besprechung meiner in der Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 18 veröffentlichten Arbeit: Die histologische Rückbildung der Hautsyphilide unter Salvarsan.

Einige inhaltliche Unrichtigkeiten sowie der ganze Ton dieser Besprechung zwingen mich zu folgender Erwiderung, wobei mir allerdings die Hochschätzung für P. G. Unna und mein Gerechtigkeitsgefühl für die wissenschaftliche Überzeugung Andersdenkender verbieten, Hrn. P. Unna jun. bis zu dem niedrigen Niveau wissenschaftlicher Diskussion zu folgen, auf welchem sich seine vielfach persönlichen Bemerkungen bewegen. Gerade dieser von Unna jun. beliebte persönliche Ton in der Besprechung ist außerordentlich bedauerlich für mich, da ich die große Bedeutung der Lehren P. G. Unnas für die moderne Dermatologie schätzen gelernt und mir viele von ihnen zu eigen gemacht habe.

Bei der ungeheuer reichen Literatur über die Plasmazellenfrage war es mir nicht möglich, in dem noch immer wogenden Streit über die Herkunft dieser Elemente auf Grund aller Einzelpublikationen Stellung zu nehmen. Daher benutzte ich die neuesten zusammenfassenden Arbeiten anerkannter Verfasser, unter welchen das auf der Naturforscherversammlung erstattete Sammelreferat von Joannovics und die Monographie von Schaffer wohl programmatische Bedeutung beanspruchen dürfen. Das Ergebnis dieser Verfasser und Schridde s Lehren brachten mich zu der Überzeugung von der Richtigkeit des hämatogenen Ursprungs der Plasmazellen. Diese Auffassung wird heute von so vielen namhaften Berufspathologen akzeptiert, daß sie zurzeit wohl als die herrschende angesehen werden muß. Bei dieser Sachlage war es nicht vorauszusehen, daß die Unnasche Schule in einer auf der hämatogenen Herkunft der Plasmazellen basierenden Deutung histologischer Befunde von mir gegen sie gerichtete Angriffe erblicken würde.

Die Unnasche Kritik richtet sich nicht gegen die Richtigkeit der histologischen Befunde an sich, sondern gegen meine Deutung. Dabei führt P. Unna jun. die Verteidigung der histogenen Plasmazellentheorie in der Weise, daß er von mir benutzte Anschauungen oder Lehren namhafter Forscher mir unterstellt, um sie dann leichter mit dem Epitheton „sinnlos" charakterisieren zu können. Damit aber der Leser an dieser eigenartigen Besprechung nicht den Geschmack verliert, wird ihm die Kost durch ein geistreiches Zitat gewürzt, genau wie wir es in manchen Feuilletonartikeln lesen können.

Zunächst muß ich daran festhalten, daß vor der Spirochätenära eine lediglich auf die positiven Merkmale der Syphilis gestützte, absolut sichere Diagnose nicht immer möglich war, so daß man so sehr häufig namentlich auch bei viszeralen Präparaten die Diagnose „Lues" per exclusionem zu stellen berechtigt war.

Ob Unna jun. Ulcera mollia schon sechs Stunden post infectionem untersucht und auch so früh eine Lymphozytenemigration völlig vermißt hat, wäre zum Vergleich mit den Nisslschen Experimenten zu wissen notwendig.

Das ganz allgemein eine Emigration von Lymphozyten vorkommt, ist von Orth und Schridde beobachtet.

Die Erklärung der zackigen Ränder der Plasmazellen durch mehr oder weniger rasche Fixierung kommt meines Wissens von Schaffer, der also, mit Unna jun. zu reden, den regelmäßig in der entzündlichen Gewebsflüssigkeit vor sich gehenden Abbau der Plasmazellen nicht verstanden hat.

Die Annahme, daß die Vergrößerung der peripheren Protoplasmazone, also die Vermehrung des „Granoplasmas" auf Kosten der juxtanukleären Vakuole auf einer Schädigung durch den supponierten fermentähnlichen Reiz bestehe, hat Joannovics zuerst ausgesprochen.

Digitized by Google

Bezüglich der Funktion der Plasmazellen habe ich zunächst die Anschauungen verschiedener Verfasser angeführt, ohne sie sämtlich zu der meinigen zu machen, wie Unna jun. angibt. Für meine Deutung der Befunde habe ich nur die Schridde'sche Lehre von der toxin- oder endotoxinbeseitigenden Tätigkeit der lymphozytären Zellen benutzt. Es ist mir niemals in den Sinn gekommen, den Plasmazellen nach vier Richtungen hin phagozytäre Eigenschaften beizulegen. Unter Phagozytose versteht ja der Fachpathologe lediglich die Aufnahme korpuskulärer Elemente in den Zelleib. Ich habe ausdrücklich erwähnt, daß diese bei den Plasmazellen sicherlich nur eine ganz untergeordnete Rolle spielt, und mir selbst niemals vorgestellt, daß etwa tote Spirochäten oder Bruchstücke von solchen in Substanz von den Plasmazellen aufgenommen werden. Wohl aber habe ich geglaubt, daß die Plasmazellen mit der Auflösung der Spirochäten etwas zu tun haben, daß sie gewissermaßen eine verdauende Wirkung auf die Erreger ausüben und das gelöste Bakterienmaterial in sich aufnehmen und allmählich beseitigen.

Als ich von diesem Gesichtspunkte aus meine Deutung der histologischen Befunde niederschrieb, hatte ich noch keine Kenntnis von den experimentellen Arbeiten S. Bergels, welche dieser Verfasser mir auf Grund der Lektüre meiner Salvarsanpublikation liebenswürdigerweise zusandte. Diese Arbeiten, deren Durchsicht ich Hrn. P. Unna jun. auf das angelegentlichste empfehle, liefern den experimentellen Beweis dafür, daß die Lymphozyten tatsächlich ein fettspaltendes Ferment enthalten und daß sie durch diese Lipasenwirkung die lipoide Hülle gewisser Erreger (Lues, Tuberkulose, Lepra usw.) zu verdauen und letztere somit aufzulösen befähigt sind.

Rechnet man nun mit Schridde, Helly, Grawitz, Ferrata, Weidenreich und Maximow zu den Lymphozyten bzw. Lymphozytenabkömmlingen auch jene Zellen, welche gewöhnlich als große einkernige Zellen, als Übergangsformen, als Plasmazellen und als Polyblasten bezeichnet werden, wofür wichtige entwicklungsgeschichtliche Tatsachen (E. Meyer) sprechen, so finde ich mich trotz aller Gedankensprünge in die Luft, welche mir nach Unna den soliden Halt auf gut begründete Tatsachen entzogen haben, ganz plötzlich wieder auf einem experimentell gestützten, sehr achtbaren Fundament. Es ist doch wunderbar und sollte zu denken geben, daß ein Autor wie Bergel, dessen experimentelle Arbeiten für die verschiedensten Gebiete der Pathologie hohes Interesse beanspruchen, mein „hypothetisches Kartenhaus" und meine Deutung der histologischen Befunde nicht für so sinnlos und unbegründet zu halten scheint wie P. Unna jun.

Auch darf man nicht vergessen, daß trotz der großen Errungenschaften in der Tinktionstechnik und Histochemie, zu denen P. G. Unna in hervorragendem Maße beigesteuert hat, die pathologische Histologie allein noch nicht imstande ist, die Pathogenese eines Krankheitsprozesses bis ins kleinste aufzudecken. Hier hat die moderne Serumforschung und die physiologisch-chemischen Forschungsmethoden die pathologische Histologie überflügelt. Wollen wir aber aus dem histologischen Bilde allein Schlüsse auf den Ablauf der pathologischen Vorgänge ziehen, so sind wir gezwungen, mehr oder weniger subjektive Erklärungsversuche zu Hilfe zu nehmen, wer einen solchen Deutungsversuch für falsch hält, wird durch offene Entgegnung und begründete Zurückweisung des Unrichtigen zur Klärung des Problems beitragen, und das ist ja schließlich der Zweck der medizinischen Tagespublizistik.

Was aber Hrn. Unna jun. berechtigt, in solcher Form und in solchem Tone meine Deutungsversuche zu besprechen, das überlasse ich getrost dem Urteil der weiteren und engeren Fachgenossen.

Mehrfach hat mich Unna jun. offenbar nicht verstanden, so wenn er mir imputiert, der Schwund der elastischen Elemente sei eine direkte Salvarsanwirkung. Derartiges

Digitized by Google

habe ich nun und nimmer behauptet. Der Schwund des Elastins findet sich bereits in jedem unbehandelten Plasmom. Aber die vor der Behandlung noch mehr oder weniger vorhandenen elastischen Elemente erfahren nach Salvarsan eine so rapide Verminderung bis zum völligen Schwund, daß es naheliegt, die Endotoxine für die deletäre Wirkung auf das Elastin verantwortlich zu machen. In unbehandelten Syphiliden kommt es eben nicht zu einem so massenhaften Absterben von Spirochäten und konsekutiver Endotoxinüberschwemmung.

Meine Unterscheidung in funktionstüchtige und erschöpfte Plasmazellen beruht auf den Untersuchungen Schridde's, Altmann's und Joannovics.

P. Unna jun. wirft mir ferner eine Auswechslung von Leukozyten und Plasmazellen vor. Ich gebe zu, daß die fehlerhafte Satzfolge zu der Annahme Anlaß geben kann, daß ich bezüglich der Masson'schen Experimente Leukozyten und Plasmazellen identifiziere. Der Satz „der jeweilige funktionelle Zustand der Plasmazellen beeinflußt also in hohem Grade ihr morphologisches Verhalten" gehört an den Anfang des Satzes und bezieht sich auf die Anschauungen von Joannovics usw. Daß Infiltratzellen überhaupt toxinbeseitigende Eigenschaften besitzen, sollten die Experimente Masson's beweisen. Heut wissen wir ja, daß die polynukleären Zellen an der Antikörperbildung gegen eiweißartige und die Lymphozyten usw. an solcher gegen lipoide Antigene beteiligt sind.

Zum Schluß wird es mir als eines Dermatologen unwürdig verdacht, daß ich Tatsachen aus der allgemeinen und experimentellen Pathologie zur Stütze meiner Anschauungen heranziehe. Dies ist meines Erachtens der wundeste Punkt der Unna'schen Anwürfe. Hier muß man sich fragen: Ist es ein Gewinn für die Dermatologie, wenn sie bei Erörterung des Werdens und Vergehens pathologischer Prozesse an der subkutanen Faszie Halt macht? Die Syphilis ist doch keine Hautkrankheit, sondern eine Erkrankung des ganzen Organismus. Würde es jemandem einfallen, nur aus dem histologischen Studium der Typhusroseola die Pathogenese und Pathologie des Abdominaltyphus abzuleiten? Ich werde mir daher trotz Unna jun. auch weiterhin in der dermatologischen Tätigkeit erlauben, auf den verschiedensten Gebieten der Pathologie eine „Anleihe" (!!sic) zu machen.

Wenn P. G. Unna und Paul Ehrlich heute noch eine entzündliche Lymphozytose rundweg verwerfen, so stehen dem doch die Ansichten vieler anderer entgegen, wonach eine reaktive Lymphozytose nicht mehr geleugnet werden kann.

Hiermit ist für mich die Angelegenheit vor der Öffentlichkeit ein für allemal erledigt.

Antwort. In dem einen Punkte habe ich Hrn. Dr. Rohrbach unrecht getan, daß ich annahm, der Verfasser sähe im Elastinzerfall eine direkte Salvarsanwirkung. Ich habe mich hierin geirrt. Rohrbach nimmt an, daß das Elastin nach der Salvarsanbehandlung auf indirektem Wege durch freiwerdende Endotoxine zerstört wird. Immerhin ist diese Hypothese erst zu beweisen, denn in allen, auch den nicht bazillären Plasmomen, wie z. B. dem des Rhinophyms, geht das Elastin zugrunde. Alle anderen Punkte meiner Kritik muß ich aufrecht erhalten. P. Unna jun.

Die X. Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** findet am 19. Oktober in Berlin statt. Tagesordnung: 1. Geschäftliches, 2. Fortschritte in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1902—1912 (Referent: Blaschko), 3. Neue Fortschritte in der Syphilisbehandlung (Referent: Neisser).

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Oktober 1912 | Nr. 43 | Band 55

Ein Fall von rechtsseitiger Kastration bei einem 18jährigen Manne; Hypertrophie der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sinistra).

Von

Prof. I. F. Selenew, Moskau.

(Mit 2 Abbildungen.)

„Veränderungen in physischer und psychischer Beziehung, die bei Kastraten nach Exstirpation der Keimdrüsen (der männlichen bzw. weiblichen) eintreten, haben seit den ältesten Zeiten die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gelenkt und bildeten in der letzten Zeit den Gegenstand einer interessanten Arbeit von Möbius (Über die Wirkung der Kastration. Halle 1905), aus der hervorgeht, daß diese Veränderungen beim Menschen und bei den Tieren im großen und ganzen gleich sind. So wie bei Männern neben Verkleinerung des Gliedes schwächere Entwicklung der Prostata und der Samenblasen, aber Hypertrophie der Brustdrüse beobachtet werden, so wird bei Stieren neben Schwund der Prostata und der Samenblasen starkes Wachstum der Brustwarzen konstatiert." So ungefähr äußert sich L. Hopf in seinem Werk „Über das spezifisch Menschliche in anatomischer, physiologischer und pathologischer Beziehung. Eine kritisch vergleichende Untersuchung" (Stuttgart 1907). Außerdem werden bei kastrierten Tieren Adipositas und Veränderungen in den sekundären Geschlechtsmerkmalen beobachtet, die mit der Haut in Verbindung stehen (in den Haaren usw.). Besonders lehrreiche Bilder des Einflusses der Geschlechtsdrüsen auf die sekundären charakteristischen Geschlechtseigentümlichkeiten treffen wir bei Hermaphroditen an, und zwar bei wahrem Hermaphroditismus wie bei Pseudohermaphroditismus (Feminismus bei Atrophie der Hoden — 412 Beobachtungen von Ellis, stark ausgesprochene Gynäkomastie in den Beobachtungen 197, 472, 520, 769, 788, 1124, 1255), dessen Fälle in der soliden und interessanten Arbeit von Neugebauer (Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig 1908) durch den anatomischen Charakter der Geschlechtsdrüsen bedingt wird, so daß beim Vorliegen von Hoden sich männliche sekundäre Geschlechtsmerkmale entwickeln, während bei Vorhandensein von Eierstöcken sich weibliche sekundäre Geschlechtsmerkmale entwickeln; zweitens daß diese sekundären charakteristischen Geschlechtsmerkmale sich im Pubertätsstadium nur unter dem Einflusse der Geschlechtsdrüsen entwickeln. Diese beiden Thesen sind jetzt widerlegt (Halban u. a., Neugebauer, l. c., S. 631 u. f.). Hopf (Über die Doppelpersönlichkeit der Metazoen) und Möbius gelangen auf Grund der Gemeinsamkeit der

Digitized by Google

Kastrationserscheinungen beim Menschen und bei Tieren zu dem Schlusse, daß beide Geschlechter in gewissem Grade in sich das geschlechtsbildende Moment des anderen Geschlechts tragen. Die Keimdrüsen, sagt Möbius, machen keine sekundären Geschlechtsmerkmale, sie verhindern aber den Eintritt der sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts. Ich möchte noch auf eine kuriose Sitte der einseitigen Kastration, die von den Hottentotten in Südafrika und dem Stamm Ponope auf den Karolinen in der Südsee bei jedem Kinde ausgeführt wird, hinweisen. Diese sonderbare Sitte wird bei den beiden Völkern verschieden erklärt: in Südafrika nach Kolb durch die Furcht vor Zwillingen, bei den Ponope und den Niuatabutabu durch die Furcht vor Hodenentzündung und vor anderen Geschlechtskrankheiten, gegen welche die einseitige Kastration als prophylaktisches Mittel natürlich nicht in Betracht kommen kann. Die Operation wird bei Kindern im Alter von 8—9 Jahren und auch bei Erwachsenen (bei den Hottentotten) am linken Hoden gemacht, der bekanntlich mehr herunterhängt und infolgedessen mehr zugänglich ist (Otto Stoll, Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie. Leipzig 1908. S. 531—541 u. f.). Jedenfalls haben wir hier reichliche Gelegenheit, den Einfluß der einseitigen Kastration auf den Organismus sowie auf die übrigen primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zu studieren.

Es muß noch bemerkt werden, daß die der weiblichen ähnliche Brust des Gynäkomasten funktionsfähig werden bzw. Milch produzieren kann, wenn sie künstlich gereizt wird (Broman, Normale und abnorme Entwicklung des Menschen. Wiesbaden 1911. S. 496, 788, 790 u. f.). Die Ursachen der Gynäkomastie sind nach Broman nicht selten in Abnormitäten der Geschlechtsorgane (Hermaphroditismus, Hodenatrophie usw.) zu suchen.

In meinem Falle handelt es sich um die Kastration des rechten Hodens bei einem 18jährigen jungen Manne wegen mutmaßlicher Tuberkulose (?). Die Folge der rechtsseitigen Kastration war abnorm gesteigertes Wachstum der linken Brustdrüse (Fig. 1 und 2).

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

W. L., 27 Jahre alt, Student, ledig, aufgenommen in die Klinik im März 1912 mit linksseitiger chronischer Orchiepididymitis und Funikulitis, allgemeiner Adenopathie, positiver Wassermannscher Reaktion (mehrere Male wiederholt), Gonokokken im Harn und bedeutender Vergrößerung der linken Brustdrüse; der rechte Hoden und der rechte Nebenhoden fehlten infolge einer Operation, worauf eine Narbe des Hodensackes hinweist.

Anamnese. P. kam als schwächliches Kind zur Welt. Er war Rachitiker und litt bis zum 15. Jahr an Skrofulose (?). Mit 8 Jahren Masern, mit 17 Jahren Abdominaltyphus; als er 18 Jahre alt war, wurde ihm der rechte Hoden entfernt, dessen Erkrankung als tuberkulöse (?) gedeutet wurde. Bald nahm man eine Vergrößerung der linken Brustdrüse wahr. Mit 19 Jahren überstand der Patient Parotitis, mit 20 Jahren Gonorrhöe, im Alter von 22 Jahren wurde er wegen Verkrümmung der Nasenscheidewand und wegen Pyelitis operiert. Mit 26 Jahren überstand er eine Erkrankung des linken Hodens. Der Vater des Patienten starb mit 25 Jahren an Lungentukerkulose (?). Die Mutter ist am Leben, 52 Jahre alt, klagt über alle acht Tage wiederkehrendes Fieber. Sie hat zwei Schwangerschaften durchgemacht, einmal Zwillinge geboren, von denen der eine starb, der andere eben der Patient ist. Eine Schwester ist nervös, blutarm, engbrüstig (?) und mit einer Hauterkrankung (Psoriasis?) behaftet. Alkoholismus von seiten des Großvaters.

Digitized by Google

Objektive Untersuchung. Fettleibiger, gut genährter Patient mit normal entwickelten Muskeln, Knochen, Gelenken, inneren Organen und Sinnesorganen. Harn strohgelb, schwach sauer, enthält eine kaum wahrnehmbare Quantität Eiweiß. Im Niederschlag zahlreiche Leukozyten (40—50 im Gesichtsfeld), einzelne hyaline Zylinder und Neisserssche Gonokokken. Körpergewicht 69 Kilo. Temperatur zwischen 36,7 und

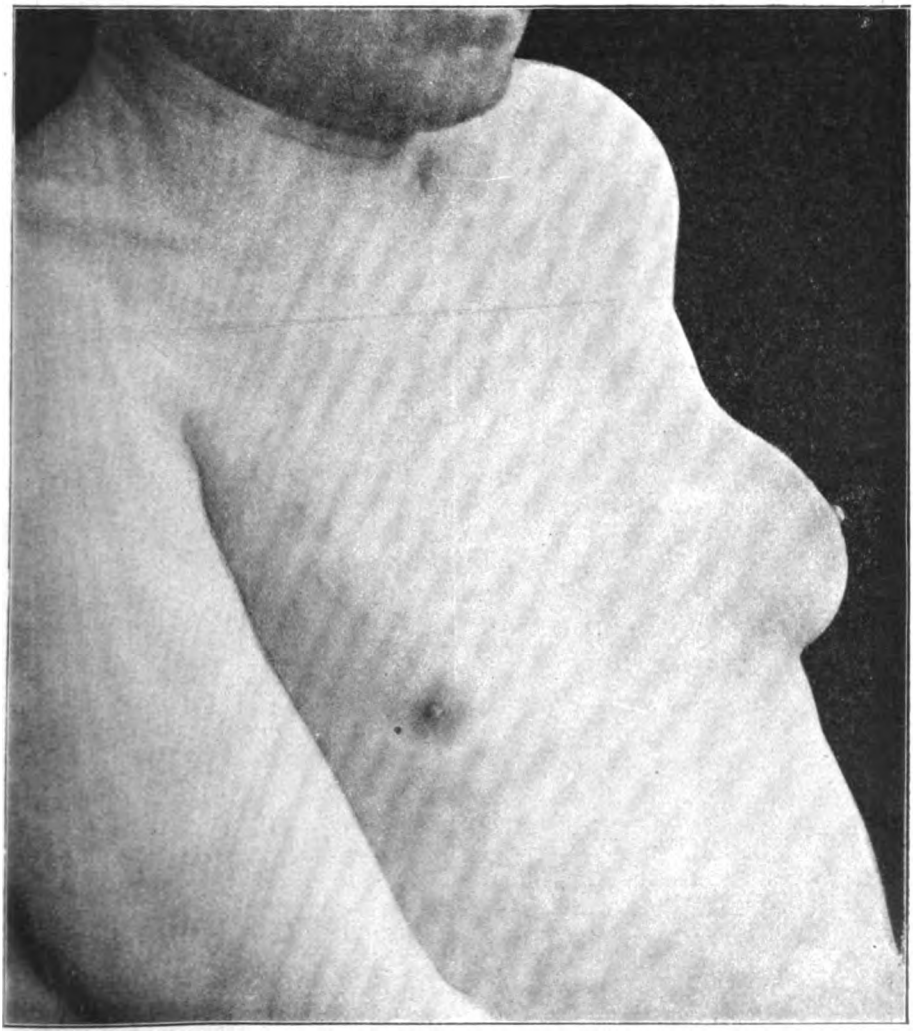


Fig. 1.

37°. Subjektiv bestehen Kopf- und Knochenschmerzen. Die objektiv wahrnehmbaren pathologischen Abweichungen bestehen in allgemeiner Vergrößerung der Lymphdrüsen, leukodermalen Erscheinungen hauptsächlich in der Gegend der vorderen und hinteren Wandungen der Achselhöhlen und in schmerzhafter Vergrößerung der linken Brustdrüse, sowie des linken Hodens, Nebenhodens und Samenstranges. Im Hoden fühlt man eine schmerzlose diffuse Verhärtung. Die Sensibilität des Hodens ist

Digitized by Google

verringert. Vor der Salvarsaninjektion war es schwer, das Gewebe des Hodens von demjenigen des vergrößerten Nebenhodens zu trennen. Nach der Salvarsaninjektion

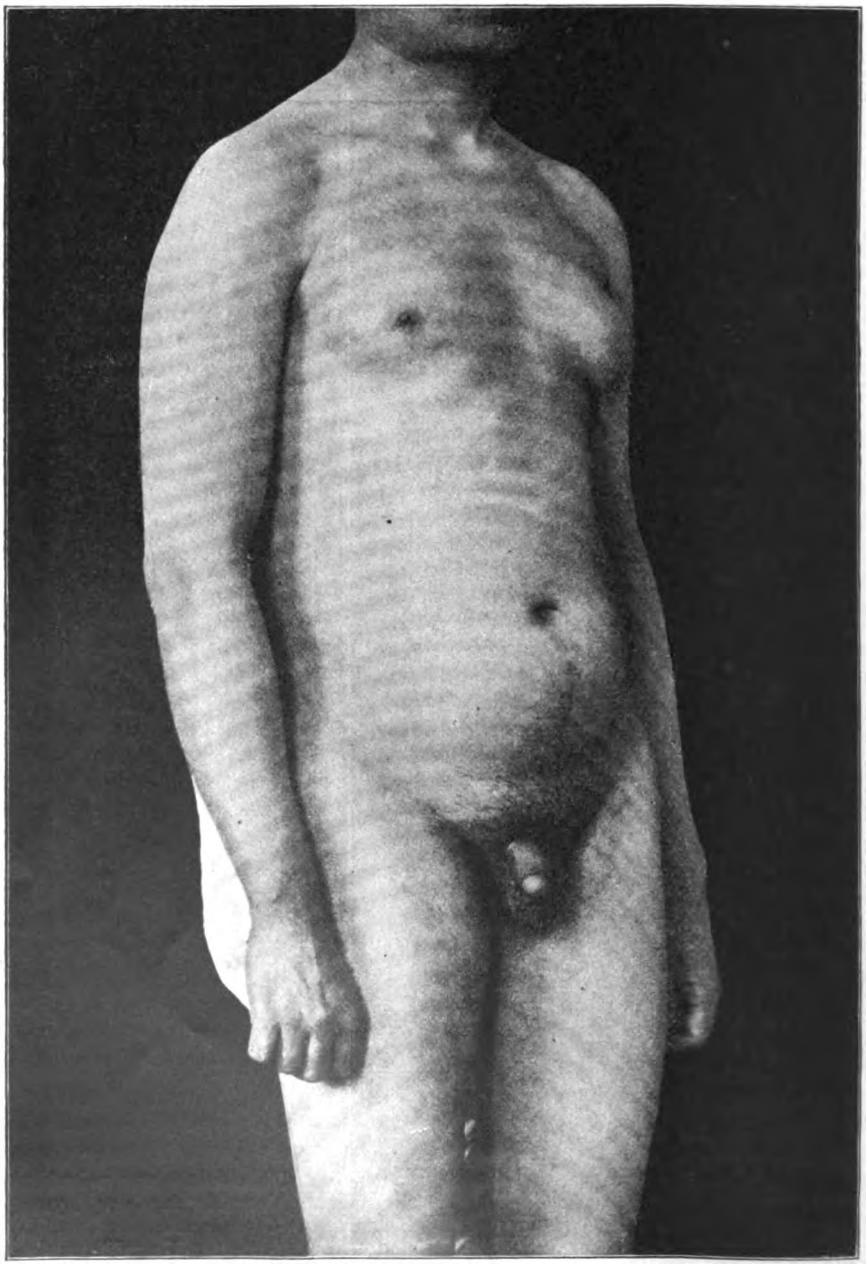


Fig. 2.

Digitized by Google

wurden die Grenzen schärfer. Der Nebenhoden ist namentlich im Kopfteil stark vergrößert, hart, schmerzlos. Ursprünglich (vor der Salvarsaninjektion) gleichmäßige Vergrößerung. Nach der Salvarsaninjektion traten ungleichmäßige knotige Infiltrationen der einzelnen anatomischen Teile des Organs in Erscheinung. Eine ebensolche harte, schmerzlose, diffuse Schwellung bietet auch das Vas deferens dar, welches im linken Leistenkanal in Form einer zylindrischen Geschwulst verläuft. Rechter Hoden und Nebenhoden sind weder im Hodensack noch in der Bauchhöhle zu palpieren. Chronische Gonorrhöe.

Die nachstehenden Photographien illustrieren in anschaulicher Weise die Vergrößerung der linken Brustdrüse (Fig. 1 und 2).

In unserem Falle sind somit von Interesse nicht nur die Vergrößerung der Brustdrüse nach einseitiger, nämlich rechtsseitiger Kastration, sondern die Ätiologie des Krankheitsprozesses selbst, der den Anlaß zur Kastration gab. In der Anamnese des Patienten sind Hinweise auf Syphilis (allgemeine Adenopathie, Knochenschmerzen, Wassermannsche Reaktion) und Gonorrhöe (Neissersche Gonokokken) vorhanden. Hinweise auf lokale Tuberkulose im Harnsystem bzw. allgemeine Tuberkulose (in den Lungen usw.) sind nicht vorhanden. Das Bild von primärer Herdtuberkulose des Hodens, die meistenteils im Nebenhoden in Form einer kaseösen Entzündung seiner Kanälchen mit Ausgang in fibröse Degeneration (teilweise in Erweichung und Ulzeration) beginnt, paßt gleichfalls zu meinem Falle nicht. Gegen die Entwicklung von gonorrhoischer Orchiepididymitis spricht das Fehlen eines akuten entzündlichen Stadiums, wenn auch ich persönlich eine „torpide Entwicklung der Orchiepididymitis" zugebe, die sich auch bei gewöhnlicher Tripperform entwickeln kann, wobei der Prozeß sukzessiv vom Samenstrang auf den Nebenhoden übergeht und der Schwanzteil des Nebenhodens am stärksten verändert erscheint. Aber einerseits halte ich auf Grund meiner Beobachtungen eine Ausnahme von diesem Hergang, d. h. die Entwicklung einer Nebenhodenaffektion ohne gleichzeitige Affektion der Samenstränge für möglich; andererseits, und das ist das Wichtigste, habe ich Fälle beobachtet, in denen diese allgemeine Affektion der Samenstränge des Nebenhodens und des Hodens (in geringerem Grade oder vollständige klinische Intaktheit des Hodens) durch Syphilis allein bedingt war. In diesen Fällen messe ich die Hauptbedeutung dem schmerzhaften, nicht entzündlichen Verlauf des Prozesses bei, wobei außer der diffusen Natur der syphilitischen Orchiepididymo-Funikulitis auch herdartige Affektionen beobachtet werden können. Solche Formen bieten der Diagnose außerordentlich große Schwierigkeiten. In meinem Falle paßt die Affektion der Geschlechtsorgane am meisten gerade zu dieser Kategorie. Es ist möglich, daß auch der exzidierte Hoden nicht rein tuberkulös war. Die Wirkung des Salvarsans äußerte sich in einer gewissen Resorption des Infiltrats und stärkerer Konturierung der anatomischen Teile der Organe.

Wenn wir uns nun der abnormen Vergrößerung der linken Brustdrüse nach rechtsseitiger Exstirpation des Hodens zuwenden, so müssen

Digitized by Google

wir diese Kreuzwirkung der rechtsseitigen Kastration mit Nachdruck hervorheben, die an das Vorhandensein von trophischen Nerven in der entgegengesetzten Seite denken läßt, welche die Entwicklung der Geschlechtsorgane hemmen. In meinem Falle müßten diese Nerven, welche die weibliche Entwicklung der Brustdrüse beim Manne hemmen, sich im rechten Hoden des Patienten befunden haben.

Aus der Praxis.

Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan.

Von

Dr. Holzhäuser, Spezialarzt für Hautkrankheiten, Metz.

Alle Bestrebungen in der Behandlung der Syphilis gehen darauf aus, dieselbe möglichst bald zur Heilung zu bringen. Bisher ist es noch mit keinem Mittel gelungen, die Syphilis zu kupieren, d. h. nach Auftreten des harten Schankers das Syphilisgift im Keime zu ersticken, so daß der Patient in kurzer Zeit von seiner Syphilis befreit ist, ohne daß sich später wieder Erscheinungen einstellen oder die Wassermann-Reaktion positiv wird.

Neuerdings nun versuchte man es mit dem Salvarsan. Es werden auch ab und zu Fälle von Reinfektionen veröffentlicht. Aber so ganz einwandfrei sind dieselben immer noch nicht, und man muß der Frage, ob sich die Syphilis kupieren läßt, doch noch sehr skeptisch gegenüber stehen. Es ist mir z. B. bisher noch kein Fall der Reinfektion aus einem Bordell bekannt, und das dürfte doch die Stätte sein, wo man zuerst die Reinfektionen zu sehen Gelegenheit haben müßte.

Der folgende von mir zu beschreibende Fall möge einen Beitrag dazu liefern, wie es nicht gelungen ist, eine beginnende Syphilis im allerersten Stadium zu kupieren.

Patient stellt sich mir am 26. Januar dieses Jahres am Abend mit einer ganz frischen etwa erbsengroßen Sklerose auf dem inneren Blatt des Präputiums vor. Der einwandfreie verdächtige Koitus fand am 14. desselben Monats statt. Ich exzidierte diese Sklerose weit im Gesunden am 28. Nebenbei ergab die mikroskopische Untersuchung zahlreiche Spirochäten (Schnittpräparat nach Levaditi gefärbt). Die Wunde heilte per primam. Am 29. Januar erhielt Pat. eine Salvarsaninjektion intravenös 0,6; Reaktion nicht sehr stark, leichter Schüttelfrost. Im Anschluß an diese Injektion Schmierkur mit 120 g Hg-Salbe. Dann bekam Pat. am 2., 16. und 30. März jedesmal 0,4 Salvarsan. Vom 16. April ab erhielt er eine Hg-Injektionskur (15 Hg-Sukzinimidinjektionen und 6 Hg-Salizylinjektionen). Wassermann war gleich im Beginne negativ; dasselbe Resultat ergaben die Untersuchungen am 13. April und 15. Juni.

Am 5. Juli erhielt Pat. eine provokatorische Salvarsaninjektion von 0,3. Die Blutentnahme fand am 13. Juli, 8 Tage darauf statt. Das Resultat war spurenweise positiv.

Es ist also in unserem Falle trotz sehr frühzeitiger Exzision der Sklerose, trotz intensiver Salvarsanbehandlung, kombiniert mit Hg-Behandlung, nicht gelungen, die Syphilis zu kupieren.

Ich wollte den Fall nur hier registrieren, ohne vorläufig weitere Schlüsse daraus zu ziehen.

Digitized by Google

Einige bewährte Rezeptformeln.

Von

Dr. MENAHEM HODARA, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. RICHARD FRÜHWALD, Leipzig.)

Gegen Impetigo vulgaris und Ekthyma.

Vaselini		
Lanolini	ää 25,0	
Praecip. rubr.	5,0—10,0	entsprechend dem Alter.
Acid. boric.	5,0—10,0	
Minii	5,0—10,0	
Amyli	35,0—20,0	

Man wäscht zuerst die kranken Partien mit einer Sublimatlösung $^1/_{5000}$—$^1/_{1000}$ (entsprechend dem Alter) und legt die Salbe zweimal täglich bis zur Heilung auf. In rebellischen und generalisierten Fällen kombiniere ich diese externe Therapie mit wöchentlichen subkutanen Injektionen einer polyvalenten Streptokokkenvakzine (Burroughs Welcome & Co.), die 10 Millionen Streptokokken enthält. Fortsetzung bis zur völligen Heilung.

Gegen Staphylokokkenerkrankungen (Follikulitis, kleine Furunkel, Pyodermien).

Vaselini		
Lanolini	ää 20,0	
Glycerini	10,0	
Sulfuris	10,0	
Sacchari	20,0	
Zinci oxydati	20,0	
Sublimati	0,05—0,1	(entsprechend dem Alter).

Bei der staphylogenen Sykosis des Bartes bediene ich mich derselben Salbe, doch muß man auch die Nasenschleimhaut, wenn sie befallen ist, mit einer 1—2%igen Höllensteinlösung behandeln.

Bei allen diesen Staphylokokkenaffektionen mache ich neben der äußerlichen Behandlung jede Woche eine subkutane Injektion von Staphylokokkenvakzine (Welcome), die 250 Millionen Staphylokokken enthält. Diese werden bis zur Erzielung eines befriedigenden Resultates fortgesetzt.

Gegen die Pusteln der Acne vulgaris und bei Rosazea (Acne rosacea).

Ich lege dieselbe Schwefel-Zucker-Sublimatsalbe auf, aber ausschließlich auf die Pusteln. Gleichzeitig mache ich jede Woche eine Injektion einer gemischten Vakzine von WELCOME, die 10 Millionen Aknebazillen und 250 Millionen Staphylokokken enthält. Diese werden bis zu einem befriedigenden Resultate fortgesetzt. Will man diese Schwefel-Zucker-Sublimatsalbe entfernen, so tut man dies mit Oliven- oder süßem Mandelöl.

Digitized by Google

Gegen Acne varioliformis oder Acne necrotica (Boeck).

Alcohol.	
Sapon. virid.	āā 150,0
Sublimati	0,3
Glycerini	30,0

Man wäscht jeden Abend die Pusteln mit dieser mit vier Teilen kochenden Wassers verdünnten Lösung und trägt nach dem Trocknen folgende Salbe auf:

Axung. benzoic.	40,0
Olei amygd. dulc.	10,0
Sulfuris	5,0
Sublimati	0.01—0,05

Neben dieser externen Behandlung mache ich während eines Monats eine Arsenkur, die intermittierend jeden 2.—3. Monat wiederholt wird, bis keine Nachschübe mehr erfolgen.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1912, Heft 2.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von De Favento. Nach 15monatlicher Erfahrung an 1000 Patienten und 600 intravenösen Injektionen ist Verfasser der Ansicht, daß das Salvarsan ein mächtiges Spezifikum gegen Syphilis darstellt; er hält es für einen Fehler, es aus der Behandlung fortzulassen. Er hat zwei Neurorezidive erlebt, des Optikus und des Akustikus, einen Todesfall bei einem Paralytiker mit vorgeschrittener Arteriosklerose. Eine „wunderbare" Wirkung erzielte das Salvarsan bei einem Fall von Leukoplakia oris.

Einige histologische Befunde in mit Kohlensäureschnee behandelten Fällen von Lupus vulgaris, von Giuliani. Die Kohlensäure wirkt auf das lupöse Gewebe per Contact und par Distance. Zuerst sieht man eine Zerstörung von Gewebe, Hämorrhagie und Ödem, Infiltration von polynukleären Zellen, die in großen Mengen in das lupöse Gewebe eindringen. Später, nach 96 Stunden, kommt es zu einer Proliferation des umgebenden Bindegewebes, das allmählich die tuberkulösen Knötchen durchsetzt und die bindegewebige Umwandlung hervorruft. Im Vergleich mit der Wirkung der Finsen- und Kromayerlampen sieht man, daß der Prozeß, der zur mehr oder weniger kompletten Heilung führt, im Grunde derselbe ist; die verschiedenen Resultate kommen durch das Variieren der Intensität und Dauer der einzelnen Phasen des nekrotischen, entzündlichen und regenerierenden Prozesses. Im Vergleich mit der Quarzlampe hat der Kohlensäureschnee ohne Zweifel eine größere Tiefenwirkung, während er gegenüber Finsen eine langsamere und oberflächlichere Wirkung zeigt.

Über Hautveränderung beim Skleroma, von Enrico Mensi. Histologische Untersuchung der Haut von vier Fällen von Scleroma neonatorum. Die wichtigsten Veränderungen sitzen in der Epidermis; der Befund der Atrophie, das Fehlen des Stratum granulosum kann mehr oder weniger ausgesprochen sein.

Ein Fall von akutem figuriertem Erythem des Gesichts, von Tommasi. Der Fall ist ausgezeichnet durch das isolierte Auftreten im Gesicht. Das klinische Aussehen entspricht dem des gewöhnlichen Erythema exsudativum multiforme. Eine bestimmte Ätiologie konnte nicht ermittelt werden.

Digitized by Google

Ein interessanter Fall von Blitzschlag, von Angelo Lama. Eine 35jährige gravide Frau bekam nach einem Blitzschlag eine Hautverbrennung genau dem Verlaufe der oberflächlichen Nerven der hinteren Fläche des Beines. Trotz des starken psychischen Traumas und der großen Quantität von elektrischen Energien kam es nicht zum Abort, die Frau wurde später von zwei gesunden Zwillingen entbunden.

Beobachtungen zu den Mitteilungen von Truffi: „Einpflanzung von leprösem Material in die vordere Augenkammer von Kaninchen", von Stanziale. St. tritt der Ansicht von Truffi entgegen, daß es sich bei seinen Versuchen um Fremdkörpergranulome handelt, das beweise das geringe Vorhandensein von Granulationsgewebe und der Mangel an Fremdkörpern. Ferner, wenn man gekochte Leprateilchen aufpflanzt, trete dieses Granulationsgewebe nicht auf. Haas-Hamburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 16, Nr. 8.

Die spinale Stovainanästhesie bei der Prostatektomie, von Frank Kidd-London. Die Anwendung der Methode ist nicht für alle Fälle empfehlenswert.

Anwendung und Beschränkung der Gesetze betreffs der Prostitution, von G. Shearman Peterkin-Seattle. Juristisch-hygienische Studie.

Bakterizide Therapie bei akuten und chronischen Infektionen der Harnwege, von Oskar Berghausen-Cincinnati. Empfehlung der Vakzinebehandlung, die aber in geeigneten Fällen mit chirurgischen Maßnahmen kombiniert werden muß.

Behandlung der Pyelitis, von P. T. Geyerman-Hot Springs. Kasuistische Mitteilung von neun Fällen, bei denen ätiologisch Blennorrhöe, Nieren-, Blasensteine und Pyonephrose festgestellt waren. Nur in dem Falle von Nierenabszeß war ein chirurgischer Eingriff nötig, die Nephrektomie. Alle anderen acht Fälle wurden unter Darreichung von Hexamethyltetramin durch Vakzinebehandlung und Irrigation des Nierenbeckens mittels Silbersalzen geheilt oder mindestens gebessert.

Meerschweinchen und die Diagnose der Tuberkulose der Harnwege, von B. L. Arms und E. Marion Wade-Boston. In einer Anzahl von Fällen ist bei negativem mikroskopischen Befunde die Impfung bei Meerschweinchen positiv.

Prompte Wirkung des Hormonal, von Leopold Casper-Berlin. Ein 49jähriger Mann mit Blasenkarzinom kam zur Operation, die glatt verlief, aber mit Darmlähmung kompliziert wurde. Es wurden 15 ccm Hormonal intravenös injiziert, worauf unter aktiver Peristaltik gute Entleerungen eintraten.

Intravenöse Salvarsaninfusion, von R. B. H. Gradwohl und Joseph P. Griest-St. Louis. Die Verfasser geben einen Infusionsapparat an, der im wesentlichen auf dem Prinzip der Spritzflasche mit Gummiballdruck beruht.

Epitheliom der Zunge, von William A. Guild-Des Moines. Vorläufige Mitteilung von einem neuen Präparat, das sich zusammensetzt aus Geschwulstextrakt und Serum des Patienten und dessen Anwendung dem Verfasser Erfolge brachte.

Verruca seborrhoica juvenilis, von W. P. Cunningham-New York. Empfehlung der Resorzinlösung.

Band 16, Nr. 9.

Akuter Haarausfall bei Zirkulationsstörungen, von David Walsh-London. Drei Fälle von akutem Haarausfall bei inkompensiertem Herzfehler bringen den Verfasser zu der Annahme, daß ein Zusammenhang zwischen beiden besteht.

Dermotropismus, von Bernhard Fantus und A. W. Stillians-New York. Untersuchungen über Arzneiexantheme.

Digitized by Google

Über Kastrierung, von B. Onuf-Amitgoille. Studie über die Beziehungen der Kastrierung zum Infantilismus, Feminismus und Hermaphroditismus. (Fortsetzung folgt.)

Blasentuberkulose, von Perry Bromberg-Nashville. Bekanntes.

Ano-rektale Erkrankung durch geschlechtliche Infektion, von James A. McVeigh-Detroit. Der Verfasser bespricht die blennorrhoische Proktitis und die papillomatösen, gummösen und ulzerösen Prozesse am Anus bei Lues.

Chronische Blennorrhöe und ihre Behandlung, von Elmore B. Tauber-Cincinnati. Klinische Studie, ohne Neues zu bringen.

Syphilis, von Charles M. Hampster-Toledo. Bericht vom internationalen Kongreß zu Rom, April 1912. Schourp-Danzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 2, Nr. 3, 15. September 1912.

1. Beitrag zum Studium der Blasendarmfisteln, von Georges Pristavesco. Nach einem kurzen historischen und allgemeinen Überblicke über die Blasendarmfisteln, ihre Prognose und Behandlung bespricht der Verfasser ausführlich die einzelnen Arten der Fisteln und bringt die in der Literatur vorhandenen Beispiele. Die Blasendarmfisteln sind im allgemeinen selten; man kann drei Formen unterscheiden, und zwar solche, die in das Rektum oder den Dickdarm überhaupt führen, solche, die mit kongenitalen oder erworbenen Divertikeln oder schließlich mit dem Appendix, Ileum oder Zökum kommunizieren. Als Ursachen der Fisteln kommen Traumen, Entzündungen, Krebs und Tuberkulose, seltener Aktinomykose und Syphilis in Betracht. Ihre Symptome sind, abgesehen von dem Grundleiden, Abgang von Gasen, Fäzes oder Speiseresten durch die Urethra und Abgang von Urin durch das Rektum; später gesellen sich die Zeichen der Sekundärinfektion hinzu. Absolut pathognomonisch ist nur der Abgang von Fäzes durch die Urethra. Differentialdiagnostisch sind Urethrarektumfisteln, Ureterdarmfisteln und Pneumaturie auszuschließen. Die Blasenrektumfisteln kann man mittels Rektoskopie oder mittels des Fingers feststellen. Blasenappendixfisteln sind sicher oder wahrscheinlich, wenn Appendizitis vorangegangen ist; die Fisteln mit Divertikeln kann man nur vermuten. Die Prognose dieser Affektionen ist stets ernst. Die Behandlung ist präventiv in Fällen, wo das Entstehen von Fisteln zu fürchten ist; palliativ in aussichtslosen Fällen (Krebs usw.). Die innerliche Therapie hat die Sekundärinfektionen zu verhüten und den Allgemeinzustand zu heben. Der Verschluß der Fisteln kann natürlich nur auf chirurgischem Wege erfolgen.

2. Prostatasarkom, von Victor Pauchet. Das primäre Prostatasarkom kommt hauptsächlich im Kindesalter, seltener im Mannes- und Greisenalter vor. In ersterem Falle tritt es schleichend auf und macht erst Erscheinungen, wenn der Tumor schon größere Ausdehnung gewonnen hat. Die ersten Symptome kommen von seiten der Harnwege: Erschwerung der Miktion, Pollakiurie und schließlich Retention. Durch Kompression des Rektums kommt es zu Obstipation; Schmerzen treten erst in späteren Stadien auf. Das Perineum schwillt an und kann durch Pseudofluktuation einen Abszeß vortäuschen. Der Anus klafft. In der Regio hypogastrica fühlt man einen Tumor des Beckens; per rectum im Beginne eine unregelmäßige Vergrößerung der Prostatalappen, später eine große knotige Masse. Metastasen kommen in der Haut, im Skrotum, in den Knochen, Lunge, Dura usw. vor. Das Allgemeinbefinden ist im Beginne des Leidens gut, verschlechtert sich aber rasch. Meist in 4—5 Monaten tritt der Tod ein. Bei älteren Leuten macht das Sarkom dieselben Erscheinungen wie die Hypertrophie und das Karzinom der Prostata. Doch wächst der Tumor rascher und macht stärkere Kompressionserscheinungen. Histologisch handelt es sich in einem Drittel der Fälle um ein

Digitized by Google

Rundzellen-, Spindelzellen- oder Lymphosarkom. Meist aber um ein Myxo-Angio-Chondrosarkom usw. Auf die Diagnose führt die plötzliche Retention bei einem jungen Individuum, die Anschwellung des Perineums usw. Differentialdiagnostisch kommen Blasensarkom, Perinealabszeß, Prostatahypertrophie und Krebs usw. in Betracht. Die Therapie ist bei jungen Leuten machtlos; bei älteren ist die Enukleation der Prostata möglich.

3. Die Petrifikation von Mikroorganismen im Urinsediment, von Georges Rodillon. Die Tatsache, daß sich im Urinsediment nicht nur die typischen oktaedrischen Kristalle des Kalziumoxalates finden, sondern eine Menge anderer Formen, wie Biskuit-, Hantelform usw., brachte den Verfasser auf den Gedanken, daß diese Formen durch Mikroorganismen von ähnlicher Gestalt bedingt seien. Er löste deshalb solche Kristalle mit Salzsäure und fand Diplokokken, häufiger Diplobazillen. Im Urin, der durch Filtrieren von allen Keimen befreit war, fanden sich nur Oktaederformen. Es handelt sich also bei diesen atypischen Kristallen nur um eine Inkrustation von Mikroorganismen, also um Pseudokristalle.

4. Doppelte Urethra, von M. Lebrun. Verfasser hat alle Beobachtungen von doppelter Urethra zusammengestellt; es sind 26 Fälle von doppelter Urethra mit einfachem Penis und 13, wo auch der Penis doppelt ist. Nach seiner Ansicht handelt es sich bei dieser Anomalie um eine Verlagerung der epithelialen Bildungslamelle dorsalwärts, so daß sie durch die Vereinigung der beiden Genitalfalten longitudinal in zwei Teile geteilt wird. Kurz werden Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie besprochen.

5. Ödematöse, chronische, tuberkulöse Periureteritis, von Uteau, Bassal und Azéma. Eine 25jährige Frau begann nach einer Entbindung an Pollakiurie, trübem Urin und Schmerzen in der Nierengegend zu leiden. Die Untersuchung ergab Tuberkulose einer rechtsseitigen Wanderniere, weshalb die Nephrektomie vorgenommen wurde. Bei der Operation fand sich der Ureter, so dick wie der Dünndarm, in infiltriertes Gewebe eingebettet. Etwas weiter unten verengte er sich plötzlich. Histologisch sah man eine tuberkulöse, fibroadipöse Periureteritis, die durch ein kolossales Ödem verdeckt war. Letzteres hatte seine Ursache in einer doppelten Krümmung, die der Ureter durch die Wanderniere erlitten hatte. Das derbe Gewebe der Peripyelitis und Periureteritis hatte die Bildung einer Hydronephrose verhindert. Richard Frühwald-Leipzig.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

September 1912.

1. Impotenz und ihre Behandlung, von René Le Fur-Paris. (Fortsetzung aus dem vorhergehenden Hefte.) Von Stoffwechselkrankheiten, die Impotenz verursachen können, kommen Arthritismus, Diabetes, Albuminurie und Fettsucht in Betracht. Namentlich letztere ist es, die bei Leuten von 40—50 Jahren die geschlechtlichen Funktionen verschwinden läßt. Eine eingehende Besprechung ist der Impotenz durch Veränderung oder Verirrung der Geschlechtsfunktion geweiht. Zunächst erörtert Verf. die Frage, ob geschlechtliche Abstinenz zur Impotenz führen könne. Er bejaht dies jür gewisse Fälle, die aber stets nur Neurastheniker und neuropathisch Belastete betreffen. Im übrigen aber ist die Abstinenz wohl mit einer vorzüglichen Gesundheit vereinbar. Sie hat allerdings den Nachteil, daß sie leicht zur Masturbation verführe; auch ist es nicht ratsam, ein Organ allzulange von seiner physiologischen Funktion fernzuhalten. Im Gegensatze dazu können Exzesse in venere viel häufiger Impotenz verursachen. Es kann dies durch zu häufig wiederholten oder durch anormalen Koitus geschehen; ferner durch Coitus interruptus und durch Kondome, wie überhaupt alle geistigen Prozesse, die hindernd in den normalen Verlauf der Geschlechtsfunktion eingreifen. Auch die vorzeitige Eja-

Digitized by Google

kulation führt, auf psychischem Wege, zur Impotenz. Auf dieselbe Weise kann die Masturbation zum Versagen der normalen Geschlechtsbetätigung führen, da der Onanist die zur Erregung des geschlechtlichen Verlangens nötigen Reize aus sich selbst produziert und dabei auf das Weib verzichten gelernt hat. Natürlich bewirkt auch Homosexualität Impotenz. Außer den genannten zahlreichen Formen gibt es auch seltene Fälle von essentieller Impotenz, die auf psychischer Basis beruhen. Meist handelt es sich um Personen, die häufigen Wechsel haben wollen.

In klinischer Hinsicht sind zwei Formen zu unterscheiden: a) Impotenz bei völligem Mangel des geschlechtlichen Verlangens, b) bei erhaltenem Geschlechtstriebe. Die Prognose ist wegen der individuellen, familiären und sozialen Folgen stets sehr ernst. In einem großen Schlußkapitel wird die Therapie der einzelnen Formen der Impotenz erörtert.

2. Anthropogenetische Erklärung der Wanderniere, von F. Cathelin-Paris. Die Häufigkeit der Wanderniere erklärt sich aus der unnatürlichen, die Abdominalorgane beengenden Lage des Embryo im Mutterleibe, wie sie sonst im Tierreiche nicht vorkommt. Die enorme Größe der fötalen Leber ist die Ursache, daß die Wanderniere gewöhnlich rechtsseitig ist; die Erweiterung des oberen Beckenringes beim Weibe erklärt das häufige Befallensein des weiblichen Geschlechtes.

3. Lymphangioma penoscrotale, von René Bonamy und Dartigues-Paris. Bei einem 51jährigen Manne begann vor 6 Jahren die linke Skrotalhälfte größer zu werden. Im Laufe der Zeit wurden Penishaut und Skrotum in einen großen, höckerigen Tumor umgewandelt, der sich als Lymphangiom erwies. Abtragung und Bildung eines neuen Skrotums und einer neuen Penishaut.

4. Nierenkrankheiten und Prostatektomie, von H. Minet-Paris. Infektionen der Niere bilden keine Kontraindikation für die Prostatektomie. Diese ist im Gegenteile indiziert bei Pyelonephritis und Pyonephrosen, die durch die Erkrankung der Prostata bedingt sind und die noch nicht zur Funktionsuntüchtigkeit der Niere geführt haben. Der Prostatektomie muß die Behandlung der infizierten Blase vorangehen. Jene ist erlaubt, manchmal auch indiziert bei Albuminurie und Chloridretention, wenn diese beiden durch die Prostatahypertrophie beeinflußt werden. Harnstoffretention, mangelhafte Ausscheidung von Methylenblau und Herzaffektionen renalen Ursprungs bilden dagegen Kontraindikationen für die Prostatektomie.

5. Rachianästhesie mit Novokain in der Urologie, von Gayet. Die Anästhesie mit Novokain allein, ohne Skopolamin, genügt für Operationen im Hypogastrium und am Perineum. Es werden dadurch die üblen Wirkungen des Chloroforms auf Herz und Niere vermieden, ebenso die bei älteren Leuten so gefährlichen postoperativen Bronchitiden.

6. Neue urologische Spritzen, von Boulanger-Paris. Beschreibung.

7. Moderne Behandlung der Blennorrhagie, von Th. Perrin-Lausanne. Allgemeine Besprechung der Trippertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Syrgols. Der Verfasser faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß es gelingt, einen Tripper ganz im Beginne in 24—36 Stunden zu heilen. Sonst braucht eine einfache Blennorrhöe 6—7 Tage, eine mit Prostatitis oder Epididymitis komplizierte 4—5 Wochen.

8. Syphilitische Hämaturie bei Syphilis der Prostata und der Blase, von René Le Fur. Ein 32jähriger Mann, der vor acht Jahren Syphilis akquiriert hatte, litt seit zwei Jahren an Hämaturie, die in unregelmäßigen Intervallen wiederkehrte und ohne Schmerzen und Blasensymptome einherging. Zur Behandlung kam er gelegentlich einer exzessiven Blutung, die durch Koagula Retention bewirkte. Bei der Untersuchung fand sich die Prostata sehr hart, höckerig, wenig schmerzhaft; im rechten Lappen ein

Digitized by Google

derber Knoten. Zystoskopisch sah man am Trigonum einige Ulzerationen. Da die übliche Therapie der Prostatitis chronica erfolglos blieb, wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet. Die Hämaturie verschwand, die Prostata wurde weich, die Ulzera der Blase heilten ab.

9. Ein neuer Fall von syphilitischer Reinfektion nach Salvarsan, von François Fournier. Ein 30jähriger Mann, der vor drei Jahren Syphilis akquiriert hatte, kam wegen Kopfschmerzen mit nächtlicher Exazerbation zur Behandlung. Es bestanden Drüsenschwellungen in der Zervikalregion; sonst kein syphilitisches Symptom, Wassermann wurde nicht gemacht. Er erhielt 0,3 und 0,45 Salvarsan. Fünf Monate später hatte er suspekten Geschlechtsverkehr, worauf nach 25 Tagen ein „Schanker" auf der Penishaut auftrat, der sehr rasch heilte. Bei der Untersuchung fand der Verfasser am Penis eine Narbe, Drüsenschwellung in den Leisten und eine Roseola. (Die Diagnose „Reinfektion" steht wohl auf etwas schwachen Füßen! D. Ref.)

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre. Bd. 2, 2. Hälfte. Herausgegeben von H. Boruttau, L. Mann, M. Levy-Dorn und O. Krause. (Werner Klinkhardt, Leipzig 1911.) Der umfangreiche Band behandelt die Elektrotherapie. Erst werden im allgemeinen Teil von Wertheim Salomonson die physiologischen und therapeutischen Wirkungen des elektrischen Stromes beschrieben, wobei für den Dermatologen die Kapitel Elektrolyse und Kataphorese am wichtigsten sind. Diese erfahren später eine eingehendere Behandlung. Dann kommt eine Übersicht über die therapeutischen Anwendungsformen der Elektrizität, Galvanisation, Franklinisation, Hochfrequenzströme usw. Die nächsten Kapitel bringen in gedrängter, aber doch hinreichender Form die Elektrotherapie der einzelnen Krankheitsgruppen usw. Muskel- und Gelenkkrankheiten (M. Mendelssohn), Nervenkrankheiten (L. Mann), Herzkrankheiten (G. Galli), Nasen- und Kehlkopfleiden (A. Alexander), Augenkrankheiten (O. Fehr), Ohrenkrankheiten (G. Brühl) und Frauenleiden (A. Laquerrière).

Am meisten interessiert an dieser Stelle die Elektrotherapie der Hautkrankheiten aus der Feder von P. Meißner. Mit Recht betont er, daß „Elektrotherapie der Hautkrankheiten" ungenau sei, da die Elektrizität ihre Anwendung hauptsächlich in der Kosmetik finde, wo es sich mehr um Hautanomalien als um Hautkrankheiten handelt. Der galvanische Strom kommt in der Dermatotherapie als solcher, oder als elektrolytischer, kataphoretischer und kaustischer Strom zur Anwendung. Der einfache konstante galvanische Strom wird bei Hautatrophie, bei beginnender Sklerodermie und auch bei Hautgangrän angewendet; bei Lichen ruber hat er sich dem Verfasser als juckstillend bewährt. Am häufigsten wird der konstante Strom zur Elektrolyse verwendet; ihr Anwendungsgebiet bildete Hypertrichosis, Warzen, Dermatitis papillaris capillitii, Gefäßerweiterungen und Nävi. Auch bei Sklerodermie, Lupus und Hautkarzinom wurde sie versucht. Zur Kataphorese, der Einführung von Medikamenten in tiefere Schichten mittels des elektrischen Stromes, eignen sich die parasitäre Sykosis, Furunkel, Akne usw. Auch Lokalanästhesie kann mittels Kokain auf diese Weise erzeugt werden. Der Galvanokaustik sind Tumoren und Tuberkulose reserviert. Der faradische Strom findet wenig Anwendung in der Dermatotherapie. Man versuchte ihn bei mangelhaftem Tonus der Haut, doch ohne besonderen Dauererfolg. Bei juckenden Affektionen wirkt er

Digitized by Google

kalmierend. Ausgedehnter ist der Wirkungskreis der Röntgenstrahlen; bei Sykosis, Trichophytie, Ekzemen, Tumoren usw. haben sie gute Wirkung. Die Fulguration erwähnt der Verfasser nur kurz, da ein definitives Urteil über ihre Wirkung bei Dermatosen noch nicht möglich ist. Bei jedweder Anwendungsart des elektrischen Stromes in der Dermatotherapie müssen alle Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden, da sonst schwere Schädigungen entstehen können, die die Methoden mit Unrecht in Mißkredit bringen.

An dieses Kapitel schließt sich die Elektrotherapie der Gelenk- und Knochenverletzungen (A. Laquerrière), Franklinisation (Luzenberger) und Hochfrequenzströme (J. Bergonié). Boruttau beschreibt die Hilfsanwendungen der Elektrizität (Beleuchtung, Endoskopie, Heizung usw.), Meißner Elektrolyse, Kataphorese und Galvanokaustik und zum Schlusse bringt K. Steiner eine ausführliche Abhandlung über Phototherapie. Hier interessiert uns am meisten die Schilderung der Technik der Finsen- und Metallichtbehandlung. Bei den Indikationen der Phototherapie finden naturgemäß die Dermatosen die eingehendste Besprechung, vor allem Lupus vulgaris. Auch Lupus erythematosus, Alopecia areata, Rosozea, Ulcera cruris, Ekzem usw. werden in ihren Beziehungen zur Lichttherapie erörtert. Richard Frühwald-Leipzig.

Die medizinische Quarzlampe, von G. Stümpke. (Hermann Meusser, Berlin 1912.) Bei der Verbreitung, welche die Quarzlampe in der Dermatotherapie gefunden hat, ist es zu verwundern, daß bisher kein Lehrbuch existierte, welches die Handhabung und Indikationen der Quarzlampe in monographischer Weise bearbeitet enthielt. Der mit der Lampe arbeitende Arzt mußte in mühevoller Arbeit die in der Literatur zerstreuten Angaben über dieselbe zusammensuchen, wenn er sich auch nur in oberflächlicher Weise orientieren wollte. Diesem Übelstande ist durch Erscheinen der vorliegenden Arbeit abgeholfen. Der Verfasser bespricht in ausführlicher Weise die Konstruktion und Handhabung der Lampe und ihre biologischen und chemischen Wirkungen. Ganz mustergültig ist der Abschnitt über die spezielle Anwendung derselben in der Dermatologie gehalten. Hervorzuheben ist die äußerst exakte Indikationsstellung bei jeder einzelnen in Betracht kommenden Dermatose, desgleichen genaue Angaben über Dauer und Art der Bestrahlung. Ein ausführliches Literaturverzeichnis beschließt das äußerst empfehlenswerte Buch. A. Gunsett-Straßburg.

La dépilation diffuse et son traitement bio-kinétique. (Der diffuse Haarverlust und seine bio-kinetische Behandlung), von Henri Bulliard-Paris. (Paris 1912, A. Maloine.) Eine ausführliche Monographie über die Frage der Alopezie, welche ganz im Sinne der Jacquetschen Ansichten gehalten und mit einem Vorwort von Jacquet versehen ist. Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Der diffuse Haarverlust ist in den meisten Fällen von lokalen Störungen begleitet, zu welchen Pruritus, Pityriasis, Hyperästhesie, Seborrhöe, Hyperhidrose und Erythrose gehören. Auf alle diese Erscheinungen haben die Bakterien des Haarbodens gar keinen Einfluß, hingegen finden sich bei diesen Kranken immer Störungen des Allgemeinbefindens oder Organkrankheiten oder wenigstens schlechte Lebensgewohnheiten. Hierzu gehören Polyphagie, Tachyphagie, Polydipsie, Pikrophagie, Alkoholismus, nervöse Übererzeugung und Ermüdung, Genitalleiden usw. Die Heilung dieser Schäden und Verbesserung dieser Fehler wirkt in schneller und überzeugender Weise auf die Organstörungen, auf die Veränderungen des Haarbodens und auf den Haarverlust selber, ohne jede lokale Therapie. Diese Wirkung ist sogar in ganz alten Fällen schweren Haarverlustes auffällig, wo eine methodische Therapie mit chemischen Mitteln vollständig unwirksam war. Hauptsächlich ist es ein Übermaß an Arbeit, welches dem Magen und dem Darme zugemutet wird, welches auch eine vermehrte Reizung des Haarbodens und eine Störung seiner Funktionen herbeiführt. Diese übermäßige Reizung des Haarbodens ist von be-

Digitized by Google

sonders deletärem Einfluß, wenn sie mit einer normalen oder pathologischen endokutanen Reizung, wie sie z. B. durch den normalen Haarwechsel oder durch Drüsenretention u. a. gegeben ist, und mit einer von außen kommenden lokalen Reizung, wie Hitze, Trauma, Kratzen usw., vergesellschaftet ist. Der Verbesserung und Hebung dieser Schäden soll eine lokale kinetische Therapie zugefügt werden, in Form von aktiver Mobilisierung des Haarbodens, von Massage und Bürsten, wie sie als bio-kinetische Therapie im allgemeinen von JACQUET in die Thermatotherapie eingeführt wurde. Oft ist auch eine gleichzeitige Verwendung von chemischen Mitteln von Vorteil.

A. Gunsett-Straßburg.

Haut, Haare, Nägel, von H. SCHULTZ. (J. J. Weber, Leipzig 1912.) Das populär gehaltene Werkchen hat den Zweck, kurz das Wissenswerte über die Physiologie und Pathologie der Haut und ihrer Anhangsgebilde zusammenzufassen. In übersichtlicher Weise bespricht daher der Verfasser die Anatomie, Histologie und Physiologie der Haut; dann bringt er das Allgemeine über Dermatosen und schließlich die wichtigsten Hautkrankheiten. Jedes Krankheitsbild erfährt eine entsprechende klinische Besprechung, die durch zahlreiche Abbildungen der Erreger usw. aufs beste ergänzt wird. Unter die Hautkrankheiten sind auch Syphilis und Blennorrhöe aufgenommen. Es hätte sich vielleicht empfohlen, die Geschlechtskrankheiten in einem eigenen Kapitel zu behandeln. Im weiteren folgen Ätiologie der Dermatosen, ihre Prognose und allgemeine Regeln der Hautpflege; besonders ist auf die Quellen von Kreuznach hingewiesen. Der dritte Abschnitt bringt die Haare und Nägel. Auch bei diesen erfolgt zuerst Besprechung der Anatomie und Physiologie, dann kommt die Pathologie. Den Schluß bildet ein kurzer Anhang über Kosmetik der Haut. Richard Frühwald-Leipzig.

Sôro-Reacções da Syphilis. (Sero-Reaktionen der Syphilis), von SILVA ARAUJO. (Rio de Janeiro, Pimento de Mello & Cie, Rua nova do Ouvidor 34, 1911.) Eine vergleichende Studie der verschiedenen Modifikationen der WASSERMANNschen Reaktion unter besonderer Berücksichtigung der quantitativen Methoden. A. Gunsett-Straßburg.

La teoria tossica nella patogenesi della morte in seguito ad ustioni. (Die toxische Theorie in der Pathogenese des Todes nach Verbrennungen), von GUIDO FERRABINI-Pisa. (Casa editrice Francesco Vallardi, Mailand.) Eine ausführliche, dieser Frage gewidmete Monographie mit ausgedehnten experimentellen Untersuchungen, welche den Verfasser zur Überzeugung führen, daß die toxische Theorie des Todes nach Verbrennungen bis jetzt noch in keiner Weise bewiesen, noch überhaupt auf sicheren Grundlagen fundiert ist. A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über das Vorkommen sogenannter HENOCHscher Purpura, von J. L. BENDELL-Albany. (Med. Record, 11. Nov. 1911.) 53jährige verheiratete Frau erkrankt mit einer Schwellung der Arme und Beine, an die sich eine Rötung und purpuraartige Verfärbung der Haut anschließt; rheumatische Beschwerden in früheren Jahren sehr häufig. Mit leichter Temperatursteigerung und dem Gefühl ernsthaften Unwohlseins wurde sie im Hospital aufgenommen, woselbst sie am achten Tage plötzlich bis zu 40° bekam, blutige Darmentleerungen hatte und unter Erbrechen und allgemeiner Schwäche nach weiteren zwei Tagen zugrunde ging. W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Fälle von chronischer Purpura mit resp. ohne kutane Läsionen, von F. H. Edgeworth-Bristol. (Brit. med. Journ., 30. März 1912.) Verfasser bringt ziemlich ausführlich die Krankengeschichten von vier Patienten, welche in chronischer und rezidivierender Form die Erscheinungen der Purpura mit verschiedenen Komplikationen darboten. Alle vier Fälle kamen geheilt zur Entlassung, doch sind wohl weitere Rückfälle noch zu befürchten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von J. M. Wallfield-New York. (New York med. Journ., 10. Febr. 1912.) Zur Kasuistik dieser im allgemeinen als selten bei Kindern und prognostisch ziemlich düster geltenden Affektionen, die aber in diesem Falle mit Heilung — nach etwa fünfwöchiger Dauer — endete. Die Purpuraflecken waren bei dem Knaben — Alter ist nicht angegeben — an beiden Vorderarmen, Ober- und Unterschenkeln, und in geringer Anzahl am Rücken vorhanden. Der Schmerz war ständig auf die rechte Seite des Unterleibs, einen Anfall von Appendizitis vortäuschend, beschränkt. Zu erwähnen ist, daß beide Eltern anamnestisch Rheumatismus aufwiesen und zwei heftige Rückfälle bei Änderung der Kost sich einstellten.
Stern-München.

Ein Fall von Purpura, von Troplano. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 21.) Der Fall bietet nichts Neues. Haas-Hamburg.

Rheumatoide Purpura, von Dubois-Havenith. (Policlinique de Bruxelles, 1912, Nr. 1.) Vorstellung eines Falles ohne weitere Besonderheiten. Gunsett-Straßburg.

Über das Symptom der künstlich erzeugten Purpura, von Marcel Verne. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911, Nr. 112.) Die umfangreiche Arbeit läßt sich nicht in wünschenswerter Kürze besprechen. Fritz Loeb-München.

Über abdominelle Erscheinungen bei Purpura, von Alfred Lavallée. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 241.) Die mitgeteilte Kasuistik macht die Arbeit wünschenswert, welche sonst nichts Neues bringt. Fritz Loeb-München.

Die Nephritiden im Verlauf der Purpura, von Deléarde und Monnier. (Écho méd. du Nord, 1. Januar 1911.) Die Nephritis bei der Purpura ist eine Manifestation der Infektion und kommt nur bei denjenigen Purpuraformen vor, bei denen die Infektion die Hauptrolle spielt, also wie z. B. bei der Werlhofschen Krankheit, hingegen häufig bei primärer Purpura, bei rheumatoider und hämorrhagischer Purpura. Anatomisch handelt es sich um subkutane Nephritis mit großer weißer Niere. Vom klinischen Standpunkte ist ihre Benignität hervorzuheben, Todesfälle an Urämie sind selten, kommen aber vor. Als Behandlung empfehlen die Verfasser nach Ablauf des akuten Stadiums eine Amylaceendiät mit wenig oder ganz ohne Salz, dazu Zucker und Fett in geringer Menge. A. Gunsett-Straßburg.

Über Neuritis hämorrhagica bei Purpura, von Hermann Eichhorst-Zürich. (Dtsch. Arch. f. klin. Med.). Verfasser berichtet über einen Fall von Herpes zoster im Anschluß an eine Peliosis rheumatica und macht darauf aufmerksam, daß es sich vielleicht nicht um eine Zufälligkeit handelt, sondern um die Folge einer Blutung im Gebiet der entsprechenden Nerven (hier die linksseitigen Interkostalnerven). Verfasser hat Gelegenheit gehabt, Blutungen in peripherischen Nerven im Verlaufe einer Purpura rheumatica zu beobachten. Die Autopsie zeigte im linken Ischiadikus mehr als $^1/_2$ Dutzend frischer und älterer Blutungen (hämorrhagisch-interstitielle Neuritis).
Maximilian Franz-Dresden.

Morbus Werlhof beim Kind, von E. Gachon. (Thèse de Montpellier, 1910.)
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von lokaler Asphyxie durch Hochfrequenz geheilt, von Teodoro Gaztelu. (Rev. Ibero-Amer., Februar 1912, Nr. 90.) Es handelte sich um eine lokale

Digitized by Google

Asphyxie des rechten Fußes mit einer Ulzeration am inneren Rand der großen Zehe. Die Hochfrequenzströme wurden sowohl in Form der Büschelausstrahlungen als des Funkens angewandt, letzterer speziell für die Ulzeration. Nach 36 Sitzungen von je fünf Minuten Dauer trat Heilung der Asphyxie und Vernarbung des Geschwüres ein.
A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Pathogenese der sogenannten spontanen Gangrän, von T. Todyo-Fakuoka. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 97, H. 3.) Zur Frage nach der wesentlichen Ätiologie der Gangrän bzw. Arteriosklerose kann man keine sichere Erklärung geben. Vorausgesetzt, daß das Blut innerhalb des Zirkulationssystems nur bei intakter Gefäßwand seinen Flüssigkeitszustand erhalten kann, können die Thromben in verschiedener Weise auftreten, je nach dem Grade der Einbuße der Punktion der Gefäßwand (z. B. ein zirkumskripter oder ausgedehnter, wandständiger oder obturierender Thrombus), sei es infolge der Veränderungen der Intima, sei es infolge der Infiltration oder Verkalkung in der Media, sei es infolge der Periarteriitis oder infolge einer mikroskopisch nicht nachweisbaren Veränderung. Der Naturheilungsprozeß äußert sich in dem Streben zur Wiederherstellung der Zirkulation; dies ist die Organisation und Vaskularisation des Thrombus. In den meisten Fällen von Gangrän ist die direkte Ursache in der zuletzt eingetretenen Thrombose, welche durch den Naturheilungsprozeß nicht mehr überwunden wurde, zu suchen.
Schourp-Danzig.

Über einen Fall von Gangrän der Nase und Zehen bei Phosphorvergiftung, von Richard Wagner-Prag. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1911, Nr. 24.) Fall einer vierundzwanzigjährigen Frau.
Schourp-Danzig.

Erythema und Tod im Gefolge von Darmkatarrh, von P. B. Unwin und A. Eddowes-London. (Brit. med. Journ., 3. Febr. 1912.) Ziemlich ausführlich wird hier ein Fall von disseminierter Erythembildung bei einem mit schwerem Darmkatarrh behafteten kaum zweijährigen Kinde beschrieben. Die Hautläsionen waren teils bullös und oberflächlich, teils tiefgreifend, knötchenartig, und andere wiederum waren von der Art eines Arzneiexanthems oder auch von Erythema nodosum. Die Autopsie, die nicht in jeder Richtung ganz vollständig ausgeführt werden konnte, ergab einige Abnormitäten am Schädelinhalt und Veränderungen an der Leber. Die mikroskopische Untersuchung von affizierten Hautteilen ergab hauptsächlich eine Erweiterung und Blutanfüllung der nicht ganz oberflächlich gelegenen Gefäße der Kutis. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Traumatische Entzündungen.

Über die gewerblichen Erkrankungen der Haut, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 1.) Die Gewerbekrankheiten der Haut fanden verhältnismäßig erst spät die ihnen gebührende Berücksichtigung. In vielen Arbeiten wird allgemein von Ausschlägen gesprochen, ohne daß diese besonders klassifiziert werden. Zur Erklärung der individuellen Disposition zu Gewerbeekzemen ist es nicht nötig, auf die inneren Verhältnisse des Organismus zurückzugreifen, da noch eine Reihe von lokalen Faktoren ins Auge gefaßt werden muß, die bisher nicht genügend berücksichtigt wurden. Hierher gehört der Fettgehalt der Haut, das Verhalten des Schweißes, insbesondere dessen Salzgehalt, das Verhalten des Anaphylatoxins. Dasselbe schädliche Agens kann verschiedene Hautkrankheiten hervorrufen. So kann z. B. der Teer sowohl Ekzem, als auch Akne, als auch Krebs erzeugen. Oft sind die Individuen nach einer bestimmten Richtung hin prädisponiert. Die weitaus größte Mehrzahl der Gewerbeerkrankungen der Haut machen die Ekzeme aus. Akute Dermatitiden, die als Erythem mit Ödem vorkommen, von den Ekzemen zu trennen, hält Ver-

Digitized by Google

fasser im Gegensatz zu Blaschko nicht für angezeigt. Sie müssen den chronischen Gewerbeekzemen parallel gestellt werden. Es folgt eine Übersicht über die häufigsten Gewerbeekzeme im Zusammenhang mit den sie bedingenden Ursachen. Es werden nicht weniger als 74 verschiedene Arten aufgeführt. Ausführlicher werden die Nickelekzeme besprochen. Im Anschluß daran werden 12 verschiedene ausländische Holzarten aufgeführt, durch die ebenfalls Ekzeme hervorgerufen werden können. Was die Therapie der Gewerbeekzeme anlangt, so ist besonders die Röntgenbehandlung indiziert. Die Anwendung von Teer verbietet sich in den meisten Fällen. Prophylaktisch kommt namentlich in Betracht systematisches Einfetten der Haut. Es folgen dann die nicht flächenhaften Entzündungen der Haut. Hierher gehören die Akne, die durch Teer, Polierflüssigkeit, Staub, verunreinigtes Öl und freies Chlor hervorgerufen werden kann, die Rosazea der Kutscher, Küfer und Köchinnen, die Frostbeulen, die Insektenstiche der Imker. Es wird hingewiesen auf die Geschwürsbildung in der Nasenscheidenwand der Arbeiter in Chrombetrieben, auf die Geschwürsbildung bei Gerbern, Maurern, Gipsern und schließlich auf die Röntgengeschwüre. Von besonderer Wichtigkeit sind die Infektionskrankheiten. Es werden erwähnt die Pyodermien, Furunkel, Milzbrand, Variola, Aktinomykose, Maul- und Klauenseuche, Vakzine, Berufssyphilis, Lepra, Tuberculosis verucosa und Rotz. Selten sind die Erkrankungen der Haut, die durch pflanzliche oder tierische Parasiten hervorgerufen werden. Von gutartigen Neubildungen werden die Warzen und die Melkerknötchen, die sekundär nach Vakzinebläschen auftreten, angeführt. Einen Übergang zu den bösartigen Tumoren bilden die Papillome, die bei Schornsteinfegern und Petroleumraffineuren vorkommen. Aus ihnen können sich bösartig verlaufende Krebse entwickeln, wie sie zuweilen bei Brikett-, Teer-, Paraffin- und Petroleumarbeitern beobachtet werden. Was die Ursache ihrer Entstehung anlangt, so ist es nach Reinke vielleicht der Teer, der ja auch in Ruß, Rohpetroleum und Rohparaffin vorkommt, der auf die Lipoidsubstanzen schädigend einwirkt, so daß es zur mitotischen Teilung der Zellen und somit zur Wucherung kommt.

Albert Kunst-Dresden.

Berufserkrankungen der Haut, von J. A. Fordyce-New York. (Med. Record, 3. Febr. 1912.) Eine ebenso präzise wie vollständige Zusammenstellung aller Hauterkrankungen, die als Folge beruflicher Tätigkeit auftreten, oder gelegentlich durch berufliche Beschäftigung übertragen werden können. Interessant ist, daß in der großen Poliklinik des Bellevue-Hospitals 2 % aller neuen Hautfälle Beschäftigungsdermatosen waren, und daß von diesen fast ein Drittel Personen betrafen, deren Beschäftigung übermäßigen dauernden Gebrauch von Seife und Wasser und in einigen Fällen der verschiedenen alkalischen Stoffe, die zur Reinigung benutzt werden, notwendig machten.

Interessant ist auch der Bericht über einen Fall von **Lepra,** der in einer gewissen Beziehung zur beruflichen Tätigkeit stand. Der Patient war in Arkansas geboren und nie aus Amerika herausgekommen; er war 60 Jahre alt und handelte mit Mobiliar; er hatte mit Matten zu tun, die er in Originalpackung aus Kanton in China bezog. Angestellte Recherchen haben indes nicht ergeben, daß Lepröse in Kanton mit der Herstellung solcher Matten beschäftigt waren. W. Lehmann-Stettin.

Röntgendermatitis bei einer Syphilitischen? von Balvay und Arcelin. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 2.) Eine Kranke, die wegen einer ulzerösen, abszedierenden Mundaffektion unter verschiedenen Diagnosen mehreren operativen Eingriffen unterzogen worden war, wurde schließlich als Lupus zweimal mit Röntgenstrahlen behandelt. Es entstanden unter starker Schwellung große, perforierende, mißfarbige Geschwüre, die jeglicher Behandlung trotzten. Erst durch ein „traitement mixte" wurde Heilung erzielt. Obwohl keinerlei Zeichen von Syphilis bei der Patientin gefunden wurden, glauben die

Digitized by Google

Verfasser doch, daß es sich um einen durch Syphilis für Röntgenschädigungen prädisponierten Körper handelte. Richard Frühwald-Leipzig.

Gleichzeitige Behandlung von 27 Fällen von Verbrennung, von J. F. Alexander-West Blockton. (Med. Press a. Circ., 1912, Nr. 3795.) Verfasser war es möglich, 27 Fälle von Verbrennungen ersten, zweiten und dritten Grades gleichzeitig zu behandeln. Bei Verbrennungen ersten Grades wurden die besten Erfolge erzielt mit Pikrinsäure, die in Form von mit Lösung befeuchteten Kompressen unter Kontrolle des Urins angewandt wurde; auch bei den Fällen zweiten Grades war der Erfolg durchaus befriedigend. Borsäure, in Form von mehrstündigen Bädern, gab die besten Erfolge bei Verbrennungen zweiten Grades, während bei denen dritten Grades am besten Ichthyol, in Form von Salbe, sich bewährte. Fendt-Wiesbaden.

Ein seltener Fall von Narbenbildung nach schwerer Verbrennung, von Th. Papaïonuon-Athen. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Der in mancher Hinsicht merkwürdige Fall betraf einen 35jährigen Advokaten, der bei der Aufnahme angab, im fünften Lebensjahr eine schwere Verbrennung am Unterleib und an den Oberschenkeln erlitten zu haben, indem seine Kleider in Brand gerieten. Die weitere Folge war die Entwicklung eines enorm ausgedehnten Narbengewebes, das schurzartig vom Mons Veneris auf beide Oberschenkel übergriff und bis auf das untere Drittel derselben sich erstreckte, das Genitalorgan vollständig verdeckend. An der Hinterfläche waren die Oberschenkel ebenfalls durch ein breites Narbengewebe ähnlicher Art miteinander verbunden. Gehen und Urinentleerung waren natürlich sehr behindert, und es waren auch hysterische Stigmata bei dem Patienten vorhanden. Die plastisch-operative Behandlung war, wie die beigegebenen Photogramme des Zustandes vor und nach der Operation deutlich veranschaulichen, von bestem Erfolg begleitet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Mastisolverband bei Verbrennungen, von Oskar Neugebauer-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 10, 7. März 1912.) Bekanntlich bewirkt der Mastisolverband nach v. Oettingen: 1. Bakterienarretierung, 2. Entwicklungshemmung und 3. Tötung, sowie 4. Bauschfixierung. Die Mastisollösung zieht in die Spalten der Haut. Sogleich beginnt die Verdunstung des Lösungsmittels des Harzes, und das heraustretende Mastixharz verlegt die Spalten, umgibt die Bakterien und fesselt sie durch seine Klebrigkeit an die nächste Umgebung. Durch den Überzug mit der Harzmasse wird jede Flüssigkeit den Bakterien fern gehalten. Da Wasser die grundlegende Bedingung für die bakterielle Fortentwicklung ist, so ist diese zur Unmöglichkeit geworden. Der Bausch, leise aber entschieden auf die mit Mastisol bepinselte Fläche gedrückt, haftet unverschieblich. Diesen vier Eigenschaften reiht Boerner die überaus wichtige und ungehinderte Sekretableitung an. Auf Grund der bisher veröffentlichten günstigen Resultate hat Verfasser unkomplizierte Fälle von Verbrennungen zweiten und dritten Grades, soweit sie nicht zu ausgedehnt waren, mit Mastisol behandelt, und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. Die Heilung trat manchmal in überraschend kurzer Zeit ein, die Wunde wurde geschont, Verband und Zeit gespart. Auch Reizungen, die besonders von der verbrannten Haut fern gehalten werden müssen, traten beim Mastisolverband nicht auf. W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung der Brandwunden, von Joseph Dodal-Bruch. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.) Bei einer Verbrennung zweiten und dritten Grades, welche über ein Drittel der Körperoberfläche einer 34jährigen Frau betraf, erreichte D. völlige Heilung durch ständige Waschungen mit Perhydrol. Schourp-Danzig.

Behandlung der Frostbeulen, von P. Jourdanet. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 51.) Jourdanet wendet die von Jacquet für andere Dermatosen, besonders Akne,

Digitized by Google

angegebene sogenannte bio-kinetische Behandlungsmethode zur Therapie der Frostbeulen an. Durch öfteres und langes Hochheben der Arme werden die kongestionierten Finger zum Abschwellen gebracht, die ulzerierten Frostbeulen heilen schnell zu und, wenn dies erfolgt ist, kommt eine energische Massage an die Reihe. Außer der kurativen Wirkung der Methode rühmt der Verfasser auch ihre prophylaktische Wirksamkeit.

A. Gunsett-Straßburg.

Hautläsionen bei einer hysterischen Simulantin, von Desneux. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 7.) Ein junges Mädchen zeigte am linken Arm und an der linken Brust Schorfe und hypertrophische Narben. Da sie Hysterika war, wurde Simulation vermutet und ein Okklusivverband angelegt, unter dem die Läsionen heilten. Einmal hat sich die Kranke eine neuerliche Verbrennung am linken Handgelenk beigebracht. Hysterische, trophoneurotische Läsionen der Haut gibt es nicht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Gibt es eine hysterische Gangrän, von E. I. Yver. (Thèse de Bordeaux, 1910.)

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Karbolgangrän, von F. Buchmaster-Effingham, Ill. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 2.) Bei einem 66jährigen Patienten, der eine Hautabschürfung am rechten Bein unterhalb des Knies mit einem ihm in einer Drogerie verabreichten Karbolpräparat behandelt hatte, entstand ein tiefes gangränöses Geschwür, das wenig Neigung zur Heilung zeigte und schließlich noch den Verdacht auf Malignität aufkommen ließ. Nach längerer sonstiger vergeblicher Behandlung Heilung durch Röntgenstrahlen.

Fendt-Wiesbaden.

Bromismus cutaneus. Wuchernde Eruptionen durch Brom beim Kind. Papillomatöse Toxidermie, von P. Daumas. (Thèse de Montpellier, 1911.)

Fritz Loeb-München.

Papulo-tuberkulöse Bromide, von Hallé. (Bull. méd., 1912, S. 195.) Ein epileptisches Kind hat im Gesichte große verruköse Exkreszenzen nach Bromgebrauch.

Richard Frühwald-Leipzig.

Neurotische Entzündungen.

Erythema multiforme, Beitrag zur Pathogenese desselben, von Lesieur und Marchand-Lyon. (Prov. méd., 1912, Nr. 3.) Das Erythema multiforme hat bekanntlich keine einheitliche Ätiologie, es kann z. B. bei Tuberkulösen, bei Streptokokkeninfektionen und bei Diphtherie vorkommen. In zwei Fällen der Verfasser trat es in der dritten Woche eines Typhus auf. In dem einen Fall wurde die Diagnose durch die Vidalsche Reaktion, in dem anderen durch Nachweis des Eberthschen Bazillus in der Blutaussaat gestellt. Beide Fälle zeigten nicht die typischen typhösen Darmsymptome (Diarrhöe und Meteorismus), sondern waren obstipiert. Jedoch bestanden Fieber und Pulstemperaturdissoziation in charakteristischer Weise. Werther-Dresden.

Erythema multiforme und Tuberkulose, von B. Lyonnet und J. F. Martin. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 10.) Krankengeschichten von drei Patienten mit polymorphem Erythem, bei denen die Seroreaktion auf Tuberkulose positiv war, so daß der Zusammenhang dieser beiden Krankheiten unzweifelhaft erscheint.

Richard Frühwald-Leipzig.

Natrium cacodylicum in der Therapie des rezidivierenden Erythema multiforme (Erythema perstans), von William Cuthbertson-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 1912, Nr. 1.) Erfolgreiche Behandlung eines seit der Kindheit jährlich wiederkehrenden Erythema multiforme mit Natrium cacodylicum. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Erythema nodosum, von J. C. Craig-Aylesbury. (Brit. med. Journ., 20. Mai 1911.) Zu der Mitteilung von Joynt (Brit. med. Journ., 15. April 1911) bemerkt C., daß er kürzlich Gelegenheit hatte, vier ziemlich gleichzeitig aufgetretene Fälle von Erythema nodosum zu beobachten, und daß der eine Fall Zeichen einer eben überstandenen Scharlachattacke darbot. Masernfälle waren zur Zeit der Beobachtung zahlreich aufgetreten, hatten aber bei den hier erwähnten Patienten, Kinder im Alter von 9 bis 15 Jahren, nicht bestanden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema nodosum als Komplikation bei Masern, von A. F. Perigal. (Brit. med. Journ., 22. Juli 1911.) Während einer Masernepidemie erkrankte ein vierjähriger Knabe mit undeutlichen Erscheinungen der Krankheit und leichten, vorübergehenden endokarditischen Erscheinungen. Rheumatische Symptome fehlten, aber am fünften Krankheitstage, als die ersten Läsionen im Vergehen begriffen waren, trat ein Erythema nodosum an beiden Unterschenkeln hervor. Bei Bettruhe und Salizyl erfolgte in acht Tagen Genesung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema nodosum, von G. Pollock-London. (Brit. med. Journ., 29. Juli 1911.) P. berichtet (angeregt durch vorhergehende Publikationen) auch über einen Fall von Erythema nodosum im Anschluß an typische Masernerkrankung bei einem siebenjährigen Mädchen. Das Erythem war an den Unterschenkeln und Armen lokalisiert, kam und ging ohne erkennbare Ursache und schien durch Salizylpräparate durchaus nicht besonders beeinflußt zu werden. Neben Fiebersteigerungen waren Schmerzen an den Knien und Fußgelenken und stärkere Diarrhöen die wesentlichsten klinischen Momente.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von A. Pic. (Lyon méd., Bd. 117, Nr. 53.) Die Beobachtung von sieben Jahren hat den Verfasser zur Überzeugung gebracht, daß jedes spontane Erythema nodosum tuberkulöser Natur ist und etwa auf derselben Stufe wie eine Pleuritis steht. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Ätiologie des Erythema nodosum, von Otto Brian-Köln. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1911, H. 3 u. 4.) Unter zehn mitgeteilten, genau untersuchten Fällen fand sich keine sichere aktive Tuberkulose, wenn auch anamnestisch einige Male Lymphadenitis, hier und da eine nicht ganz unverdächtige Lungenspitze gefunden wurde. Ein typischer akuter Gelenkrheumatismus war ebensowenig vertreten. Gelenkaffektionen wurden genau in der Hälfte der Fälle beobachtet. Sie waren aber unbedeutend, flüchtig und von der richtigen Polyarthritis verschieden, auch nicht besonders schmerzhaft. Nur fünf Personen litten an Affektionen der Halsorgane, so daß nicht in jedem Falle der Hals als Eingangspforte für die Infektion gelten kann.
Gunsett-Straßburg.

Sechs Fälle von Erythema nodosum. Diskussion über ihre tuberkulöse Natur, von J. Courmont, P. Savy und Charlet. (Lyon méd., Bd. 117, Nr. 53.) Die Verfasser haben in diesen Fällen die serodiagnostische Untersuchung auf Tuberkulose (Agglutination) vorgenommen und stets positiven Ausfall erhalten. In Hinblick auf diese und die zahlreichen negativen Resultate anderer Verfasser meinen sie, daß im Krankheitsbilde des Erythema nodosum eine Gruppe besteht, die tuberkulöser Natur ist.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Wechselbeziehungen zwischen Erythema nodosum und Tuberkulose nebst Bericht über einen derartigen Fall, von F. S. Meara und M. Goodridge-New York. (Amer. Journ. med. scien., März 1912.) Zum Thema des schon von mehreren Verfassern diskutierten Zusammenhangs zwischen Erythema nodosum und der Tuberkulose berichten Verfasser über eine 25jährige Italienerin, welche wegen eines erst seit

Digitized by Google

14 Tagen bestehenden papulösen Ausschlages an den Wangen sowie wegen der später unter Fiebererscheinungen und Gelenkschmerzen sich an den Armen und Beinen entwickelnden typischen Knötchen von Erythema nodosum zur Aufnahme kam. Nach etwa vier Wochen erschien Patientin, abgesehen von einem leichten, durch keine bestimmten Symptome erklärbaren Fieber, gesund, und verlangte ihre Entlassung. Wenige Tage nachher indessen traten meningitische Erscheinungen und später Lungensymptome hervor, und Patientin starb in der siebenten Woche ihres Krankenhausaufenthaltes. Die Autopsie ergab der Hauptsache nach Tuberkulose an der Lunge und den Meningen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von T. Neave-Ingatestone. (Brit. med. Journ., 20. April 1912.) Bei einem wegen Herzleidens und leichter Pleuritis aufgenommenen zwölfjährigen Mädchen traten am Tage nach der Aufnahme die Läsionen des Erythema nodosum an den Beinen hervor. Eine alsbald vorgenommene Blutuntersuchung ergab das Vorhandensein eines Streptokokkus, was Verfasser als eine Stütze für die Annahme eines rheumatischen Ursprungs der Affektion anführt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema nodosum, von D. O. Williams-Glandovey. (Brit. med. Journ., 2. Sept. 1911.) Kurzer Bericht über einen unter Behandlung mit Salizyl schnell günstig verlaufenen Fall bei einem 18jährigen Burschen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Buccale Läsionen bei Hydroa, von P. Prévost. (Thèse de Paris 1910.)

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Hydroa vacciniforme (Bazin), von Friedrich Tapken. (Inaug.-Dissert., München 1911.) Wenn auch darüber Übereinstimmung herrscht, daß das wirksame Agens bei der Entstehung des Leidens das Sonnenlicht ist, so sind doch die Meinungen darüber geteilt, welchen Strahlen des Spektrums die spezifische Wirkung zugeschrieben werden muß. Auch ist es völlig ungeklärt, wodurch die Überempfindlichkeit der Haut der Hydroakranken dem Licht gegenüber bedingt wird.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Hydroa vacciniforme zeigt ein ganz einheitliches Bild, das die Diagnose dieser seltenen Affektion im Einzelfalle ermöglicht. Es sind aber auch weniger typische Fälle bekannt geworden, die ihren Beobachtern diagnostische Schwierigkeiten machten. Auch werden Varietäten der Hydroa vacciniforme unterschieden. Das typische Bild ist ungefähr folgendes: die Krankheit befällt die Menschen gewöhnlich im Kindesalter und tritt zum ersten Male im Frühling oder Sommer auf. Sie entsteht unter der Einwirkung des Sonnenlichtes und ergreift die von der Kleidung unbedeckten Körperteile, selten auch den übrigen Körper und die Schleimhäute. Auf die erste Eruption folgen dann im Laufe des Sommers weitere. Im Winter verschwindet die Krankheit, oder es tritt Besserung ein. Im nächsten Sommer erscheint der Ausschlag wieder mit der früheren Intensität. So zieht sich die Krankheit durch Jahrzehnte hin. Der Ausschlag besteht aus Bläschen, die je nach dem Fall entweder eine Delle im Zentrum haben oder dellenlos sind. Die Bläschen trocknen zu einer Kruste ein, die mit Hinterlassung einer Narbe abfällt. Durch letztere kommt es zu mehr oder weniger ausgedehnten Entstellungen der befallenen Körperteile. Was das Alter betrifft, so handelt es sich meist um die erste oder zweite Hälfte des ersten Dezenniums. Aber auch im zweiten und dritten Dezennium sah man in einigen Fällen die Krankheit zum erstenmal auftreten. Die vollentwickelten Effloreszenzen der Hydroa vacciniforme haben die Form von Bläschen oder Blasen. Sie sind zweierlei Art: eine vakziniforme mit gedellten Bläschen und eine vesikobullöse ohne Dellen. In einigen Fällen kommen beide Arten zusammen vor. Während des Anfalles zeigen die Hydroakranken die verschiedensten Hautveränderungen: es bestehen nebeneinander verschieden große Bläschen und Blasen von verschiedenem, durch das Alter bedingtem Aussehen.

Digitized by Google

durch Konfluenz solcher entstandene Plaques; ein Vorstadium zu den Bläschen; erythematöse Flecke, Papeln, Infiltrationen, Papulovesikeln, Krusten, Erosionen oder Exkoriationen und Pusteln. Dazu gesellen sich noch die Residuen der früheren Eruptionen, Pigmentationen oder Depigmentationen. Die eruptiven Elemente der Krankheit treten allmählich im Laufe mehrerer Tage auf, bis die Eruption ihren Höhepunkt erreicht, wonach sie sich zurückzubilden beginnen Der Anfall dauert ein bis zwei Wochen, bevor er aber abgelaufen ist, kommt es gewöhnlich zu einem neuen Schube, wodurch die Krankheit einen chronischen Charakter bekommt. Der Anfall tritt in einem Teil der Fälle ohne irgend welche Sensationen auf, auch fehlen solche während des Bestehens desselben. In anderen Fällen wird er durch subjektive Empfindungen, ein Gefühl der Spannung oder Wärme in der Haut, Stechen, Brennen oder Jucken eingeleitet, oder es treten diese Sensationen auch gleichzeitig mit dem Ausschlag auf. Es können sich zuerst Schwellung und Rötung der Haut einstellen, nach deren Ablauf der Ausschlag erscheint.

Im zweiten Teil seiner Arbeit beschreibt Verfasser ausführlich einen typischen Krankheitsfall des Leidens, denselben, den Plöger in der Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1910 (Ärztl. Verein, München, Sitzung vom 25. Mai 1910) mitgeteilt hat.

Fritz Loeb-München.

Über Zosterneuralgie. (Zona ohne Eruption oder mit minimaler Eruption), von Rose Zolotoreff. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 236.) Im Verlaufe kleiner Zonaepidemien kommen gelegentlich abortive Fälle zur Beobachtung, die einzig und allein durch eine mehr oder weniger heftige Neuralgie charakterisiert sind. Diese Neuralgie hat alle Eigentümlichkeiten einer Zona, nur daß die Eruption fehlt. Neben derartigen, mit ihren klinischen Erscheinungen von Jarisch, Sicard, Widal, Minet usw. beschriebenen Fällen kommen auch Formen vor, welche die natürliche Überleitung zu der gewöhnlichen Zona bilden: Fälle mit Neuralgie, manchmal sogar hochgradiger, bei denen gleichzeitig eine „extrèmement" diskrete Eruption zu finden ist. Derartige Fälle scheinen der Verfasserin für die Identität beider Affektionen zu sprechen. Um Verwechslungen zu vermeiden, rät Verfasserin dazu, die Bezeichnung „Zona ohne Eruption" zu streichen und schlägt den Namen „Zosterneuralgie" vor. Fritz Loeb-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das Allgemeine Krankenhaus St. Georg in Hamburg. Festschrift. **Freie Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke,** von W. Arning-Hamburg. Die neue Abteilung umfaßt 397 Betten. Der Verfasser bringt zunächst eine Statistik dieser Abteilung aus dem Jahre 1910. In diesem Jahre wurden 4678 Personen behandelt mit allerhand Dermatosen, davon an Geschlechtskrankheiten 2878 Personen. Der Verfasser gibt eine genaue Schilderung dieses neuen eingebauten Hauses und gibt wertvolle Fingerzeige für einen derartigen Neubau. Ganz besonders wurde bei der Neueinrichtung der syphilitischen Abteilung gedacht, die mit allen Neuerungen ausgestattet wurde.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche, von G. B. Gruber-München. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 25.) Aus seinen Untersuchungen an einem Material von 300 Leichen zieht G. folgende Schlüsse: Die Wassermannsche Reaktion kann einwandfrei an Leichenmaterial ausgeführt werden, sie darf aber nur dann als positiv betrachtet werden, wenn sie die Hämolyse der roten Blutkörperchen in hohem Grade hemmt. Auch kann der positive Ausfall für sich allein,

Digitized by Google

ohne anamnestische, klinische und besonders anatomische Momente nicht als ausschlaggebend angesehen werden; immerhin können etwa 85% der positiven Leichenreaktionen für die Syphilisdiagnose verwertet werden. Andererseits beweist der negative Ausfall nicht durchweg zuverlässig, daß der Verstorbene nie an Lues gelitten hat. Das Sekret der Körperhöhlen kann auch für die Reaktion benützt werden; die Zerebrospinalflüssigkeit erfordert aber bekanntlich eine besondere Beurteilung. Ferner lieferten die Untersuchungen G.s eine Bestätigung der syphilitischen Ätiologie der produktiven Aortenerkrankung wie Doehle sie beschrieben hat, indem in 67 Fällen ein positives Ergebnis sich herausstellte gegenüber nur vier negativen Fällen. Daß unter Umständen die Reaktion auch zur Entscheidung gerichtlicher Streitfragen Bedeutung haben kann, geht aus einem ausführlich mitgeteilten konkreten Falle hervor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Was nützt die Wassermannsche Blutprobe in diagnostisch zweifelhaften Fällen dem praktischen Arzt? von L. Roemheld-Hornegg a. N. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Verfasser berichtet über vier Fälle, bei denen die in zwei hervorragenden Untersuchungsanstalten ganz oder fast gleichzeitig ausgeführte Reaktion durchaus widersprechende Resultate lieferte. Er warnt demgemäß davor, sich, sei es im positivem, sei es im negativem Sinne, ausschließlich auf die Serodiagnose zu verlassen; immerhin aber erkennt er die Probe als ein wertvolles Unterstützungsmittel für die Stellung der Diagnose an. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Verwendung von Substanzen, welche eine Entfärbung der Haut bei der Händedesinfektion mittels Jodtinktur erlauben, von H. Chabanier und E. Chabanier. (Presse méd., 1912, Nr. 65.) Eine gute Entfärbung der Hände nach Jodtinkturdesinfektion wird durch eine 10%ige wäßrige Lösung von Natrium hydrosulfurosum, die aber immer frisch hergestellt sein muß. Die Entfärbung ist eine augenblickliche. A. Gunsett-Straßburg.

Über Kaschierung von Gesichtsentstellungen, von M. Lewitt-Berlin. (Ztschr. f. Krankenpfl., April u. Mai 1912.) Verfasser gibt mehrere Rezepte für Kosmetik an. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Geschichte der balsamischen Bäder, von E. Roth-Halle. (Ztschr. f. Krankenpfl., Mai 1912.) Eine sehr interessante Studie und historische Entwicklung der balsamischen Bäder aus der Zeit Caligulas bis heute und ihre physiologischen Wirkungen. W. Chrzelitzer-Posen.

Eine Farbenreaktion des Hautsekretes über tuberkulösen Lungenabschnitten, von C. Fischer-Montana. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Auf das Vorhandensein eines besonderen Bestandteiles im Hautsekret an Stellen über tuberkulös erkrankten Lungenpartien deutet folgende von F. an einer Serie von 105 Fällen wiederholt konstatierte Beobachtung: wenn man die Haut am Brustkorb mit einer 0,5‰igen Ferriferrozyankaliumlösung und unmittelbar darauf mit einer 1,0‰igen Eisenchloridlösung bestreicht, so entwickelt sich auf der gesunden Körperhälfte Berlinerblau, nicht aber in der Regel auf der kranken Seite. Die gleiche Hemmung in der Blaufärbung sieht man im Reagenzglas durch Einwirkung von Achselschweiß der kranken Seite auch eintreten. Bei Fieber und sonstigen allgemeinen Störungen tritt das Phänomen weniger deutlich oder gar nicht hervor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. November 1912 | Nr. 44 | Band 55

Aus dem Barnard Free Skin and Cancer Hospital.

Einige Bemerkungen über die Pathogenese der Syphilis der Plazenta.

Von

Dr. Martin F. Engman,

Professor für Dermatologie und Syphilis, St. Louis University, St. Louis, Mo.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi-Bad Salzschlirf.)

Wohl die unglücklichste Folge der Syphilis, unglücklicher noch als die parasyphilitischen Störungen, ist der Umstand, daß ein infiziertes Individuum das Leiden auf seine Nachkommenschaft vererben kann.

Diese Tatsache ist schon seit Paracelsus (1529) bekannt, und man hat verschiedene Theorien zur Erklärung derselben ausgearbeitet. Der Umstand, daß in den meisten Fällen die Mutter klinisch von der Krankheit verschont zu sein schien, bildete bisher das rätselhafteste Moment auf diesem Gebiete. Still beruft sich auf R. I. Lee, welcher behauptet, daß bei etwa 95% aller Fälle von kongenitaler Syphilis die Mutter keinerlei Symptome des Leidens aufweist. Dieser auffallende Befund veranlaßte Colles (1837) die Bemerkung zu verzeichnen, daß er „nie aus eigener Beobachtung noch aus Mitteilung anderer auch nur einen einzigen Fall kenne, bei dem ein syphilitischer Säugling (selbst wenn Ulzerationen am Munde vorhanden waren) seiner stillenden Mutter Ulzerationen an den Brüsten beigebracht hätte". Seitdem ist diese Beobachtung als „Collessche Gesetz" bekannt; seine Nachfolger und viele neuere Autoren haben angenommen, daß die Mutter gesund bleibt, weil das Kind in utero ihr auf dem Wege des utero-plazentaren Kreislaufs Immunität verliehen habe, wobei des weiteren angenommen wurde, daß die fötale Lues vom Vater durch die Spermazelle eingeführt wurde, zumal dieser dann auch in vielen Fällen ausgesprochene syphilitische Zeichen darbot.

Profeta stellte 1865 den Satz auf, „daß ein von einer syphilitischen Mutter geborenes gesundes Kind von ihr oder von einer syphilitischen Amme ungestraft gestillt werden kann", was er damit begründete, daß das Kind in utero von der Mutter her immunisiert werde. Viele scharfe Beobachter haben aber auf Grund ihrer klinischen Erfahrungen und aus ihrem gesunden Menschenverstand heraus Zweifel darüber geäußert, daß tatsächlich die Mutter oder das Kind in der Collesschen resp. der Profetaschen Gruppe von Fällen frei von Syphilis gewesen sei. Besnier behauptete 1901, daß „eine Frau, welche einem syphilitischen Gatten ein Kind geboren hat, unbedingt ebenfalls syphilitisch sein muß" und Matzenauer erklärte 1903: „ohne Syphilis der Mutter gibt es keine hereditäre Syphilis". Er bekennt sich des weiteren auch zu der Überzeugung, daß tatsächlich das Virus niemals direkt vom Vater auf das Ovulum übertragen werde. Ohne Zweifel fanden diese Beobachter bei den eben angeführten Deduktionen eine erhebliche Unterstützung durch Fälle von der Art des von Perrin beschriebenen Vorfalls, bei welchem der erste Ehemann syphilitisch, der zweite gesund war, das von diesem gezeugte

Digitized by Google

Kind aber syphilitisch war, während die Mutter keine klinische Zeichen des Leidens darbot. Die neueren Untersuchungsmethoden bestätigen die Richtigkeit der von diesen Beobachtern aufgestellten Thesen: die Mutter, welche ein syphilitisches Kind gebiert, ist selber infiziert.

Durch die Seroreaktion, die Entdeckung der Spirochaeta pallida, die Levaditische Imprägnationsmethode der Färbung und die Einführung der Dunkelfeldbeleuchtung hat die ganze Frage von der Pathogenese der ererbten Syphilis nunmehr wieder eine neue Beleuchtung erfahren.

Wenden wir uns zunächst zur Besprechung der von Colles erwähnten Fälle, bei denen angenommen wurde, daß die Mutter syphilisfrei war, und bei denen man sich vorstellte, daß die Infektion durch die Spermatozoen des Vaters übertragen worden war. Wie Mc Intosh und Fildes mit Recht hervorheben, ist es aus anatomischen Gründen an sich unwahrscheinlich, daß der Vater direkt das Kind in utero sollte infizieren können. Die gewichtigsten Beweismittel zugunsten der Ansicht, daß die Ovula infiziert werden können, waren die Mitteilungen von Levaditi und Sauvage von Mc Intosh, Hoffmann und Wolters über den Nachweis von Spirochäten in den Ovula von kongenital syphilitischen Säuglingen.

Um aber diese Beobachtungen richtig einzuschätzen, muß man sich daran erinnern, daß bei den an Syphilis verstorbenen Kindern die Spirochäten infolge ihrer großen Anzahl fast in allen Geweben anzutreffen sind. Neisser konstatiert, daß die Hoden bei Tieren einen Sammelplatz für die Spirochäten abgeben, aber alle seine Impfversuche mit menschlichem Serum fielen in negativem Sinne aus. Andererseits hatten Finger und Landsteiner zweimal Erfolg mit der Impfung von Tieren mit menschlichem Samen. Der eine der das Sperma liefernden Patienten litt an Orchitis; bei dem anderen Falle erscheint es sehr wahrscheinlich, daß der infizierende Samen Spirochäten von einem auf dem Penis lokalisierten Syphilid aufgenommen haben dürfte, sei es in der Harnröhre oder zufällig an irgend einer anderen Stelle. Außer bei vorhandener luetischer Erkrankung des Hodens, welche doch selten vorkommt, und abgesehen von der Möglichkeit der Aufnahme von Spirochäten seitens des Samens während des Vorganges der Ejakulation ist es mir unbegreiflich, wie dieses Sekret die Parasiten sollte enthalten können, wenn es auch kürzlich Uhlenhuth und Mulzer gelungen ist, dieselben nach der Impfung an Kaninchenhoden im Samen nachzuweisen.

Wenn aber in der Tat das Hodensekret den Mikroorganismus enthält, ist es immerhin nicht wahrscheinlich, daß dieser bei seinem Umfang und seiner Beweglichkeit in die Spermatozoen hineingelangen würde. Metschnikoff erledigt diesen Punkt durch die kurze Bemerkung, daß man keinen Grund hat zur Annahme einer Infektion der Spermatozoen durch die Mikroben; es sei eher zu vermuten, daß diese sich frei in der umgebenden Flüssigkeit befinden. Die endgültige Lösung der ganzen Frage werden wir den Serologen überlassen müssen.

Die Lösung des ganzen Problems ergibt sich aus der Tatsache, daß alle Beobachter konstatiert haben[1]), daß bei der großen Mehrzahl aller Frauen, welche, selbst scheinbar gesund, syphilitische Kinder zur Welt bringen, sich fortgesetzt eine positive Wassermannsche Reaktion findet. Mc Intosh und Fildes berechnen die Häufigkeit zu 76%; Knoepfelmacher und Lehndorf geben 72—91% an, und wenn schon viele Jahre seit der Entbindung vergangen sind, so ermäßigt sich diese Zahl nur auf 40—50%; Baisch gibt 88% an.

Diese Resultate werden bis auf einige wenig wichtige Einzelheiten auch von vielen

---

[1]) Ehrenfest: Interstate Medical Journal. Stein: The Post-Graduate Act 1911.

Digitized by Google

anderen Autoren mehr oder weniger unumwunden bestätigt. So fand HEYNEMANN bei analogen Verhältnissen 43 positive Reaktionen bei 47 Müttern.

Es ist ferner die Behauptung aufgestellt worden, daß der WASSERMANNsche Körper vom Fötus auf die Mutter übergehen und somit auch bei dieser eine positive Reaktion hervorrufen könne; diese Anschauung ist aber schon aus dem Grunde unhaltbar, weil bei der großen Mehrzahl solcher Fälle die Reaktion noch lange Zeit nach erfolgter Entbindung positiv verbleibt, lange genug um ein völliges Verschwinden des abnormen Körpers zu bedingen, falls die Mutter frei von Spirochäten wäre. Nach diesen zwingenden Untersuchungsbefunden können wir nicht umhin, das Vorhandensein der Syphilis bei der Mutter zuzugeben; es fragt sich aber noch: wie ist ihr dieselbe eingeimpft worden? Vom Embryo aus oder — in der bekannten Weise — durch epitheliale Einimpfung?

Wie wir gesehen haben, sprechen die bisherigen Forschungsergebnisse nicht zugunsten einer Inokulation des Fötus vom Vater her; trotzdem können wir diese Theorie nicht kategorisch verwerfen, denn wir wissen, daß in einzelnen Fällen der Samen Spirochäten enthält. Daher warten wir gespannt auf eine weitere Bestätigung der Arbeiten von UHLENHUTH und MULZER.

Unter gewissen Umständen können zweifellos die Spirochäten in einem Wirte existieren, ohne große Störungen bei demselben hervorzurufen; es ist also nicht unmöglich, daß sie auch im wachsenden Embryo als harmlose Gebilde ihr Dasein fristen können. Die Experimente von ROUX mit seinem Filtrat von Hühnersarkom, das in Eier injiziert bei weiterem Ausbrüten ein Sarkomkücken verursacht, gibt zu ausgiebigen Vermutungen Anlaß. Wenn ein in analoger Weise mit Syphilis infizierter Embryo weiter wächst, kann er selbstverständlich die Mutter auf dem Wege des utero-plazentaren Kreislaufs wiederum infizieren.

Die Versuche mit subkutaner und intravenöser Übertragung der Syphilis sind durchweg negativ ausgefallen. NEISSER unternahm 51 mal subkutane und 15 mal intravenöse Impfungen ohne irgend einen Erfolg; aber bei der kongenitalen Lues beobachten wir eine Ausnahme von der eigentümlichen, allen Forschern auf dem Gebiete der klinischen sowie der experimentellen Syphilis aufgefallenen Regel, daß, nämlich, die Parasiten eine epitheliale Eingangspforte oder, auf kurze Zeit wenigstens, einen epithelialen Nährboden nötig haben, bis sie imstande sind, weiter vorzudringen und die tiefer gelegenen Gewebe und den Gesamtorganismus anzugreifen.

Mir will es scheinen, daß wir weitere Forschungen noch abwarten müssen, ehe wir darüber entscheiden können, daß die Infektion der Mutter nicht von dem syphilitischen Kinde ausging. Allerdings ist es mir nicht wahrscheinlich, daß die Vorgänge sich in dieser Reihenfolge vollziehen. Ich kann TRINCHESE nicht beistimmen, wenn er glaubt, daß die Spirochäte mit dem Samen in den Uterus gelangt und ihren Weg durch das Endometrium hindurch findet, denn ich habe gefunden, daß diese Annahme den Erfahrungen der Impfexperimente widerspricht.

Jetzt noch ein paar Worte in bezug auf die PROFETAschen Fälle. ANDREWS sagt, daß es eine ernstere Sache sei für eine syphilitische Frau schwanger zu werden, als für eine schwangere Frau syphilitisch zu werden. Wir wissen jetzt, daß ein großer Prozentsatz der mazerierten Föten mit Syphilis behaftet sind. BAISCH fand, daß 80% derselben spirochätenhaltig waren, was auch mit dem Durchschnitt der von anderen Autoren angegebenen Zahlen übereinstimmt.

Ein großer Prozentsatz der habituellen Aborte ist durch Syphilis bedingt. Zuzugeben ist, daß einige der von syphilitischen Müttern geborenen Kindern der Erkrankung entgehen; dies kann dadurch zu erklären sein, daß zufällig keine Parasiten in den Kreislauf eindringen und während der Empfängniszeit in die Plazenta gelangen. Hierüber

Digitized by Google

läßt sich jedoch noch streiten, und man kann nicht in dogmatischer Weise darüber ein Urteil fällen, da derartige Kinder eine jahrelange Beobachtung erfordern, ehe man sagen kann, daß sie frei sind; vor der Pubertät läßt sich dies wohl kaum entscheiden.

Mc Intosh und Fildes fassen die Frage sehr präzise, indem sie von diesen Kindern sagen: 1. Einige dürften vollständig frei sein, oder 2. sie mögen in ganz gelinder Weise infiziert sein, so daß sie für eine weitere Infektion unempfänglich sind, (latente Syphilis), oder 3, es kann tatsächlich so sein, daß sie hinreichend immunisiert sind, um das Auftreten von spezifischen Symptomen zu verzögern.

Eine Mutter kann möglicherweise gelinde syphilitisch sein; sie kann lokalisierte Syphilis haben, oder die Mikroorganismen können im Knochenmark oder in den Lymphdrüsen isoliert und aus dem Kreislauf ausgeschaltet sein, wodurch ihnen die Möglichkeit genommen ist, das Plazentargewebe zu infizieren. Andererseits können Kinder latent syphilitisch sein und trotzdem eine negative Wassermannsche Reaktion liefern.

Manche von diesen gesunden Kindern liefern anfangs eine vorübergehend positive Wassermannsche Reaktion, da wie Boas u. a. hervorgehoben haben, der Wassermannsche Körper die Plazenta passieren und zu dem Kinde gelangen kann.

Hinwiederum ist es auch möglich, daß ein Antikörper übertritt und hinreichend kräftig wirkt, um die Spirochäten an der Entwicklung von akuten Symptomen beim Kinde eine Zeitlang zu hindern, und hierin scheint mir die Erklärung dafür zu liegen, weshalb bei der großen Mehrzahl der Fälle die syphilitischen Symptome gewöhnlich erst einige Tage oder Wochen nach der Geburt hervortreten. Allerdings behauptet Baisch, daß der Wassermannsche Körper weder nach der einen noch nach der anderen Richtung die Plazenta passiert, denn unter 116 Fällen von mütterlicher Syphilis fanden sich 12, bei denen das Blut der Mutter negativ reagierte, trotzdem ein luetischer Fötus mit positivem Spirochätenbefund vorhanden war. Deshalb ist er überzeugt, daß die Wassermannsche Substanz nur in jenem Organismus sich entwickelt, in welchem auch die Spirochäten existieren; dennoch glaubt er, daß die Mutter eines syphilitischen Kindes stets auch syphilitisch ist.

Viele von diesen Untersuchungen scheinen in bezug auf Detailfragen Widersprüche zu enthalten; um ein volles Verständnis derselben zu erlangen, muß man also das Thema Syphilis von einer möglichst breiten Basis aus betrachten und sich nicht durch gewisse, von früheren Generationen her überlieferte fixe klinische Ideen einengen lassen. Die neuzeitliche Wissenschaft ist beständig bestrebt, neue Wege und Richtungen der Aufklärung zu eröffnen; in der jetzigen Zeit der großen Laboratorien und Hospitäler mit Tausenden von Forschern muß man stets das Auge offen halten und mit weitem Sinne die Ergebnisse der neuen Untersuchungen gebührend würdigen.

Nach meinen achtzehnjährigen klinischen Beobachtungen und nach den Schilderungen anderer Autoren stelle ich mir die Syphilis folgendermaßen vor: Die Spirochäte dringt ein in den tierischen Körper (z. B. den menschlichen), wie jeder andere ähnliche Organismus derselben Art in einen Tierkörper hineingelangen würde; sie erreicht durch Anpassung und weiteres Wachsen schließlich den Blutstrom und wird somit allen Organen in metastatischen Gruppen zugeführt. In einigen Geweben, wo die

Digitized by Google

chemischen Verhältnisse dem Parasiten zusagen, vermehrt sich derselbe mehr oder weniger rapide je nach den chemischen und physikalischen Eigenschaften der Umgebung, und führt wahrscheinlich zur Entstehung einer gewissen Läsion, sei es mit oder ohne daraus resultierende klinische Symptome. Wo der fremde Mikroorganismus die geeigneten chemischen Verbindungen nicht antrifft, hört derselbe mit der Fortpflanzung auf und stirbt aus.

Die aus einer bestimmten Infektion entstehende Kette von Symptomen hängt zum großen Teil von dem Chemotropismus des jeweiligen Spirochätenstammes und von seiner Abstammung ab. Handelt es sich gerade um einen Stamm mit neurotropen Affinitäten, so werden dabei sich viel eher Nervensymptome entwickeln, als wenn die Affinitäten tropischer Art auf die Haut, Knochen oder andere Gebilde eingestellt sind. In den meisten Fällen hat der menschliche Organismus im Laufe von vielen Jahrhunderten die schädliche Wirkung des Parasiten zu überwinden gelernt, ebenso wie andere Tiere — Ratten, Hühner, Rehe und Mäuse — gelernt haben, gewisse Spirochäten in normale oder unschädliche Schmarotzer umzustimmen.

Derartige Organismen werden öfters im Blute und den Lymphdrüsen von vollkommen gesunden niederen Tieren angetroffen. Dann und wann werden diese Organismen für die Tiere dieser Gruppe pathogen, und eine derartige Spirochäte kann bei Übertragung auf einen jungfräulichen Stamm von Tieren viele Generationen hindurch tödlich wirken, bis die ursprünglich jungfräulichen Stämme ihrerseits durch Zellerziehung und Erbschaft immun werden. Denselben Eindruck macht den wichtigsten Details nach mir auch die Syphilis.

Es wird von allen Seiten zugegeben werden, daß bei der Mehrzahl aller Patienten nach Verlauf der ersten beiden floriden Stadien die syphilitischen Symptome von der Oberfläche verschwinden, mag man irgend eine Therapie angewandt haben oder nicht. Einige der infizierten Individuen gehen wohl an Aortitis, Tabes, Paralyse, Lebergumma, Gehirngumma usw. zugrunde, aber die Zahl der so endenden ist verhältnismäßig klein, während die große Mehrzahl sich zeitlebens wohl befinden. Sie sind aber trotzdem syphilitisch und werden wahrscheinlich immer syphilitisch bleiben, da ja die Spirochäten in ihrem Körper verbleiben, im Knochenmark etwa oder in den Lymphdrüsen versteckt, von wo aus sie zu gewissen Zeiten in den Kreislauf übertreten können. Wer Lues akquiriert hat, kann zu jeder Zeit die Spirochäten frei in seinem Blutstrom herumschwimmen haben. Ich gebe freilich zu, daß es schwer ist, diese Organismen im Blute zu demonstrieren, aber HOFFMANN u. a. haben damit Impfversuche mit positivem Ergebnis schon ausgeführt. Die Parasiten können zu jeder

Digitized by Google

Zeit in den Kreislauf eindringen; wenn sie aber keinen Stützpunkt zur Entfaltung einer pathogenen Wirkung antreffen, so wird wahrscheinlich keine Störung dabei entstehen, und es wird daher nicht genügend Wassermannsche Substanz gebildet werden, um eine Reaktion hervorzurufen.

Eine primäre Störung am Gefäßsystem ist eine notwendige Voraussetzung, damit im späten oder latenten Stadium der Syphilis sich eine als syphilitisch zu bezeichnende Läsion entwickeln kann. Wie könnte man es sonst erklären, daß einfache Abschürfungen z. B. am Bein oder am Ellbogen zu typischen luetischen Ulzerationen sich umformen? Waren die Mikroben gerade an der betreffenden Stelle versammelt, ehe die Abschürfung erfolgte? Mit größerer Wahrscheinlichkeit wird man annehmen können, daß sie durch den Blutstrom im normalen Verlauf der Geschehnisse bei irgend einer Gelegenheit dorthin verbracht wurden. Nachdem die Gefäße durch das Trauma eine Änderung erfahren haben, folgt darauf ein rein chemisch-physikalischer Vorgang: die Spirochäten nisten sich dort ein und finden die für ihr natürliches Wachstum günstigen chemischen Bedingungen bei der naturgemäßen Störung des sonstigen normalen Gleichgewichtes zwischen ihnen und dem Gewebe.

Einige vorbereitende Veränderungen nicht syphilitischer Art sind als ein Erfordernis für die Entstehung aller der Spätläsionen der Syphilis zu bezeichnen. Als Beispiele für diese Auffassung können wir die seborrhöischen Syphilide, die Läsionen des Handtellers und die in der Mundhöhle sich entwickelnden Syphiliden anführen.

Die Syphilis ist ein vom Blute weitergetragenes Leiden; wie wollte man sonst etwa die Entstehung der sekundären Läsionen erklären? Zur Erklärung der späten luetischen Läsionen hat man mehrere Theorien aufgestellt. Levaditi spricht von der Beeinträchtigung der lokalen Immunität, Neisser von „Umstimmung", Anaphylaxie usw. Aber wie ist es denn den Spirochäten möglich, bis in die Gebiete der tertiären Störung hin vorzudringen? Sie müssen jedenfalls von dem Blutstrom getragen sein und durch mechanische oder chemische Einflüsse an der jeweiligen Stelle aufgehalten werden, dort sich vermehren und auf diese Weise eine Läsion von größerem oder geringerem Umfang verursachen. Das gleiche gilt für die Pathogenese der kongenitalen Syphilis. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist die betreffende Frau latent syphilitisch; es befinden sich, in ihrem Gesamtblutstrom verteilt, gelegentlich lebende, frei bewegliche Spirochäten, welche aber nur gelegentlich dem wirtlichen Organismus sich pathogen erweisen. Die Patientin mag wohl auch in den Gefäßen syphilitische Narben haben oder auch eine Ansiedelung von unbesiegten Parasiten in der Aorta. Die freien Spirochäten werden vom Kreislauf der

Digitized by Google

wachsenden oder sich erst bildenden Plazenta zugeführt, und da diese zahlreiche und möglicherweise auch abnorm veränderte Gefäße enthält, so wäre für die Aufnahme und das Gedeihen der Mikroben eine günstige Gelegenheit geboten. Jedenfalls handelt es sich bei dem Mutterkuchen um ein in energischem Wachstum begriffenes Gewebe mit größerem Gefäßreichtum und vielleicht geringerer Resistenzfähigkeit als unter gewöhnlichen Bedingungen. Mechanisch suchen die Eindringlinge die Wände der Gefäße auf; es entsteht eine Kolonie, wobei in der Mehrzahl der Fälle die embryonale Seite die Lagerstätte abgibt.

Als ich mit Dr. Leo Loeb diese Theorie besprach, hatte er die Güte, mir die folgenden Gedanken zur Erklärung zu unterbreiten: In den späteren Perioden steht die Plazenta in gewissem Grade unter der Einwirkung des vom Fötus kommenden Blutes, was eine Abschwächung der im Organismus der Mutter vorhandenen immunisatorischen Kraft bedingen mag. Denn wir haben eine gewisse Berechtigung für die Annahme, daß diese immunisierende Fähigkeit im fötalen Körper weniger entwickelt ist; und demgemäß wird die Plazenta, welche ja als zum Teil dem Embryo, zum Teil der Mutter zugehörig zu erachten ist, begreiflicherweise der Entwicklung der Spirochäten weniger Widerstand entgegenstellen als die anderen Teile der Mutter.

In der Dezidua findet man nur äußerst selten Spirochäten; auf der embryonalen Seite sind sie dagegen häufig anzutreffen. Die verschiedenen pathologischen Prozesse in der Plazenta sind durch die Lokalisation der Kolonien bedingt. Die Mikroben finden dort wie anderswo die günstigsten Wachstumsbedingungen in der Umgebung der Gefäße.

Wenn ein junger, kräftiger, von frischer Syphilis des Erzeugers herrührender Stamm eingepflanzt wird, so erfolgt dadurch in der Regel ein frühes Absterben des Fötus. Indem der Stamm unter den Einwirkungen der sich bei den Eltern entwickelnden immunisierenden Körper allmählich schwächer wird, d. h. wenn es sich um eine ältere Lues handelt, können lebende syphilitische Kinder oder auch Kinder mit latenter Syphilis geboren werden; auch kann die Infektion des Fötus von einem so schwachen Stamm herrühren, daß die ererbten immunisierenden Faktoren beim Kinde genügen, um die Krankheit vollständig zu unterdrücken.

Es ist eine durch langjährige klinische Erfahrungen begründete Regel, daß je älteren Datums die Syphilis der Eltern ist, um so weniger Gefahr einer Infektion des Kindes besteht, was auf dem Umstand beruht, daß ein derartiger Wirt eine geringere Anzahl von Spirochäten beherbergt, und daß ferner die vorhandenen Spirochäten eine verminderte Virulenz besitzen. Wir dürfen indessen nicht verschweigen, daß Neisser gezeigt hat, daß die experimentellen Impfungen mit Virus von tertiären

Digitized by Google

Läsionen beim Schimpansen den gleichen Verlauf nehmen wie mit Material von früheren Läsionen, während andere Forscher gefunden haben, daß Impfungen aus den in der Rückbildung begriffenen sekundären Läsionen schwankende und unklare Resultate liefern. Aus diesen beiden Tatsachen erhellt aber eigentlich nur die Verschiedenheit, die in bezug auf die Virilität der Organismen in situ obwaltet.

Mit Quecksilber können wir bekanntlich die im Blute vorhandenen Spirochäten zum Verschwinden bringen, und daher ist dieses Medikament das beste Schutzmittel gegen die mütterliche Infektion. Ob dasselbe den Organismus im Knochenmark oder in der Lymphe, wo dieser bei latenter Syphilis ohne Zweifel einen Schlupfwinkel findet, angreift, ist allerdings noch eine offene Frage.

Diese Theorie nun, daß die latent syphilitische Mutter eine Spirochätenträgerin ist und Organismen beherbergt, welche bei derartigen Fällen dann und wann im Blutstrom auftauchen und die Neigung haben, sich an den Stätten einer physiologischen und pathologischen Ummodelung anzusiedeln — diese Theorie genügt meines Erachtens vollauf, um jedenfalls viele, wenn nicht sämtliche Erscheinungen der elterlichen und auch der tertiären Syphilis verständlich zu machen. Nebenbei darf man aber die Tatsache nicht ignorieren, daß die Spirochäte ein Organismus ist, welcher jahrelang im Körper seines Wirtes fortleben kann, ohne irgend welche Störungen zu veranlassen. Mit Bezug hierauf bieten die Beobachtungen von Gaylord und Tyzzer über die Beziehungen zwischen den Spirochäten und Karzinosis ein besonderes Interesse, indem konstatiert wurde, daß eine bei Mäusen und Ratten, welche Spirochäten beherbergen, neu entstehende Geschwulst in vielen Fällen buchstäblich mit den Organismen vollgepfropft ist.

Seitdem nun Noguchi eine effektive Kulturmethode für die Spirochäten ausgearbeitet hat, wird es wohl in Zukunft viel leichter gelingen, dieselbe in verdächtigen Flüssigkeiten und Geweben tatsächlich zu demonstrieren. Bisher war der Kaninchenhoden noch das billigste und beste Medium, das für derartige Nachweise zu Gebote stand, da die höheren Tiere zu kostspielig sind.

In der Plazenta die Spirochäten nachzuweisen ist sehr schwer; die Autoren verzeichnen viele Mißerfolge, aber die Züchtungsmethoden werden zur Beurteilung vieler pathologischer Vorgänge an der Plazenta wohl wirksame Hilfe bieten. Es ist durchaus möglich, daß viele Läsionen an der Plazenta, welche man bisher als Äußerungen der Syphilis gedeutet hat, nicht auf dieses Leiden zurückzuführen sind. Schwangere Frauen können sehr wohl auch andere Organismen außer den Spirochäten in analoger Weise beherbergen.

Digitized by Google

Es gibt Spirochätenträger, denen der Organismus sich nicht pathogen erweist, ebenso wie es Träger der Mikroorganismen des Abdominaltyphus, der Meningitis und der Diphtherie gibt. Dies ist durch die klinische Beobachtung und durch viele experimentelle Untersuchungen auf anderen Gebieten wenigstens bis zu einem gewissen Grade schon bestätigt.

Literatur.

1. Metschnikoff, A System of Syph., von Powers u. Murphy, Bd. 1. — 2. Andrews, A System of Syphilis, von Powers u. Murphy, Bd. 1. — 3. Mc Intosh u. Fildes, Syphilis, 1911. — Works of Abraham Colles, New Sydenham Soc., 1881, S. 371. — 5. Besnier, Ann. de Derm. et de syph., Febr. 1901. — 6. Matzenauer, Wien. klin. Wochenschr., 1903. — 7. Mohn, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., 1907, Bd. 59, S. 263. — 8. Baisch, K., Münch. med. Wochenschr., 1909, Bd. 56, S. 1939. — 9. Bergmann, Med. Klinik, Bd. 5, S. 1219. — 10. Bab, Centralbl. f. Gyn., 1909, S. 86. — 11. Knoepfelmacher, Jahrb. d. Kinderheilk., Febr. 1910. — 12. Ehrenfest, Interstate med. Journ., Sept. 1910. — 13. Stein, The Post-Graduate Act, 1911. — 14. Perrin. Rev. française de méd. et de Chir., 17. April 1905. — 15. Redaktionsartikel, Journ. Amer. med. Assoc., 17. Sept. 1910. — 16. Gastou, Gaz. des hôp., April 1906. — 17. Keyes, Journ. Amer. med. Assoc., 10. Aug. 1907. — 18. Flexner, Med. News, 7. Okt. 1905. — 19. Boas, Diss. Copenhagen, 1910. — 20. Levaditi, Ann. de Derm. et de syph., 1909, S. 187. — 21. Musgrave u. Clegg, Bureau of Insular Affairs, War Dept. — 22. Thomson, Berl. klin. Wochenschr., 1909, Nr. 46. — 23. Stanziale, Centralbl. f. Bakteriol., 1909, Bd. 49, Nr. 4. — 24. Bunzel, Wien. klin. Wochenschr., 9. Sept. 1909. — 25. Hochsinger, Wien. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 24 u. 25. — 26. Hermann u. Stern, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 69, S. 358. — 27. Thomsen, Ann. de Derm. et de syph., Juli 1911, S. 428.

Die Behandlung der Impfstellen mit einer alkoholischen Lösung von Pikrinsäure und Jod.

Von

Prof. Jay Frank Schamberg, Philadelphia.

(Übersetzt von Dr. A. Philippi-Bad Salzschlirf.)

Die Bedeutung der Impfung zur Verhütung der Pockenübertragung ist so schlagend erwiesen, daß jede Möglichkeit eines Zweifels als ausgeschlossen zu erklären ist. Dies ist durch eine mehr als hundertjährige Erfahrung bestätigt worden. In keinem Lande ist die schützende Wirkung der Impfung mit größerer Klarheit erprobt worden als in Deutschland. Im Verhältnis zu der Bevölkerungszahl war während der Jahre 1901 bis einschließlich 1910 die Sterblichkeit an Pocken in Deutschland 13½ mal geringer als in England und Wales. Diese Tatsache erhält noch erhöhtes Gewicht durch den Umstand, daß die Gesamtmortalität pro Tausend der Bevölkerung in Deutschland größer ist als in England.

Digitized by Google

Der einzige stichhaltige Einwand, den die Impfgegner anführen können, ist der, daß das Impfen nicht absolut frei von Gefahren ist. Die durch die Vakzine am Arme hervorgerufene Verletzung ist den gleichen, durch die Umgebung bedingten Infektionsmöglichkeiten ausgesetzt wie alle anderen Wunden. Das individuelle Risiko bei der Impfung ist aber minimal und kann unbedingt nicht mit den Gefahren, welche dem ungeimpften Individuum drohen, in Parallele gestellt werden. Immerhin liegt dem ärztlichen Stande die Pflicht ob, bei dem in gewissem Grade zwangsweise unternommenen Eingriff der Schutzpockenimpfung eine jede nur irgend anwendbare Vorsichtsmaßregel zu verwerten. Die Unfälle und Komplikationen der Impfung können zum großen Teil verhütet und ausgeschlossen werden. Wenn man sie vollständig vermeiden könnte, wäre den Impfgegnern ihre einzige Waffe im Kampfe entrissen.

Den besten Schutz liefert dem Impfgeschwür die Entwicklung einer harten, festen Kruste, wie sie der Inhalt des Impfbläschens resp. der Pustel beim Eintrocknen bietet. Eine derartige Kruste entsteht regelmäßig, falls keine abnorme Entzündung und Eiterungen eintreten, und vorausgesetzt, daß die Kruste nicht durch mechanische Insulte gelockert und abgelöst wird. Komprimierende Schutzdeckel, welche auf der Umgebung des Impfgebiets einen peripheren Druck ausüben, begünstigen die Entstehung einer brüchigen, durch jegliches Trauma leicht ablösbaren Kruste. Hinwiederum führt das Festhaften der Kruste am Ärmel oder einem deckenden Gazestückchen oft zur gewaltsamen Abtrennung der Kruste beim Abnehmen des Ärmels resp. der Gaze.

Es ist darum höchst wünschenswert für uns, in Besitz eines besseren Mittels zum Behüten der Impfbläschen vor Trauma und Zerstörung zu gelangen. In Anbetracht dessen, daß Lösungen von Pikrinsäure die Eigenschaft besitzen, mit dem Keratin von Epithelgeweben eine chemische Verbindung einzugehen, und in Anbetracht der günstigen Wirkung der Pikrinsäure bei manchen Hautkrankheiten faßte der Autor dieser Zeilen den Gedanken, daß diese Substanz mit Nutzen bei den Impfstellen verwendet werden könnte. Der beim Gebrauch der Säure verfolgte Zweck war der, die Epithelbedeckung des Bläschens zu festigen und somit die Neigung zum Platzen zu vermeiden. Auch besitzt die Pikrinsäure bekanntlich sehr wirksame bakterizide Eigenschaften.

Im Lancet (London, 18. Nov. 1911) haben Dr. Jay F. Schamberg und Dr. John A. Kolmer unter der Überschrift „The Treatment of the Vaccination Site with Picric Acid Solutions" einen Artikel publiziert, in welchem die Resultate von Untersuchungen zur Bestimmung der keimtötenden Eigenschaften von Pikrinsäurelösungen mitgeteilt wurden. Bei Verwendung der von Anderson und McClintic (Bacteriological Stan-

Digitized by Google

dardization of Disinfectants, Journal of Infectious Diseases, Bd. 8, S. 1) angegebenen Technik fanden die Verfasser, daß eine 4 %ige alkoholische Lösung von Pikrinsäure ungefähr viermal so wirksam wie Karbolsäure für die lokale Antiseptik sich erwies. Es wurde ferner festgestellt, daß die Applikation einer 4 %igen alkoholischen Pikrinsäurelösung, dem Impfgebiete 48 Stunden nach der Einverleibung der Lymphe aufgepinselt, den Erfolg der Impfung durchaus nicht beeinträchtigte. Ferner unternahmen die Verfasser Beobachtungen, um den von der Pikrinsäurelösung auf die Bakterien der Haut ausgeübten Einfluß nachzuweisen. Beim Anlegen von primären Kulturen von der Haut der Kinder vor der Pinselung mit der Pikrinsäurelösung ergaben sich Bakterienkolonien bei 83 % der Fälle. Dagegen lieferten die 15 Minuten nach dem Auftragen einer 4 %igen Pikrinsäurelösung (in 95 %igem Alkohol) entnommenen Proben nur bei 22 % der Fälle ein positives Kulturresultat; 30 Minuten nach dem Pinseln betrug der Prozentsatz 33; und 60 Minuten nach dem Pinseln lieferten 51 % der Fälle Bakterienkolonien.

Verff. verwendeten diese Behandlungsart bei 22 Kindern im Alter von $1^1/_2$—6 Jahren, welche im Philadelphia Hospital for Contagious Diseases wegen Scharlach sich in Behandlung befanden. Die Impfungen waren bei 20 unter ihnen erfolgreich. Mehrere dieser Kinder litten vor dem Impfen noch an Komplikationen wie Nephritis, Ohrenfluß, Nasensekretion und Entzündung der Halslymphdrüsen. Trotz diesem Umstand waren die Ergebnisse der Impfung durchaus befriedigend und konnten einen Vergleich mit einer kleineren Serie von Fällen, bei denen dieses Verfahren nicht in Anwendung kam, sehr wohl aushalten. Es fiel unabweislich auf, daß im allgemeinen das Ödem weniger intensiv war, der Hof von entzündlicher Rötung keine so großen Dimensionen annahm, und die lokale subjektive Störung weniger lästig war; einige Kinder klagten eben gar nicht über ihre Arme. Bei einigen Fällen wurde konstatiert, daß der Verlauf und das Aussehen der Läsionen eine auffallende Ähnlichkeit mit denen der früheren Impfungen mit Menschenlymphe darboten.

Seit der Veröffentlichung der genannten Mitteilung im Lancet bot sich dem Verfasser Gelegenheit, diese Methode bei 1500 Individuen im Philadelphia General Hospital anzuwenden und auch bei ca. 15000 Personen in der Stadt Philadelphia, welche sich gerade wegen des Ausbruchs von Pocken in mehreren der Stadtviertel in Quarantäne befanden. (Die im Philadelphia Hospital befindlichen Fälle betrafen zum großen Teil Patienten mit verschiedenen organischen Erkankungen, und die Altersgrenze erstreckte sich von 1—90 Jahren.) Bei allen diesen Fällen hat sich unseres Wissens keine einzige ernstere Komplikation ereignet, noch

Digitized by Google

ist irgend eine besondere Entzündung am Arme jemals aufgetreten. Im Gegenteil, es wurde von den beaufsichtigenden Ärzten, welche den Verlauf der Impfungen beobachteten, im allgemeinen die Ansicht vertreten, daß die nach unserer Technik behandelten Fälle günstiger verliefen als die anderen.

Die von mir verwendete Lösung besteht aus Pikrinsäure (4 %) mit Jod (1 %) in 95 %igem Alkohol. Diese Zusammensetzung entwickelt ohne Zweifel eine Trinitro-Jodo-Karbolverbindung.

Man pinselt nach Ablauf von 48 Stunden nach dem Einbringen der Lymphe den Arm mit der Lösung ein. An den folgenden Tagen wird das Impfgebiet nebst Umgebung je einmal eingepinselt; ich glaube aber, daß man noch bessere Resultate erzielen würde, wenn die Auftragungen häufiger vorgenommen würden.

Die Vorzüge dieses Verfahrens wären folgendermaßen zu formulieren:

1. Die Lösung hat, wie schon hervorgehoben wurde, die Fähigkeit, die Epithelbedeckung des Bläschens zu festigen.

2. Da die Bestandteile, Pikrinsäure, Jod und Alkohol, alle wirksame Antiseptika sind, so erzielt man damit eine Verminderung der Bakterienflora der Haut in der unmittelbaren Umgebung der Impfbläschen.

3. Der Juckreiz und die Empfindlichkeit am Impfgebiet werden günstig beeinflußt.

4. In vielen Fällen scheint die Impfläsion einen etwas beschleunigten Verlauf zu nehmen; es entwickelt sich frühzeitig eine harte Kruste.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

August 1912.

Die Pathologie der Haut von den Augenlidern und den Naso-Faxialfalten, von J. E. R. Mc Donagh. Verfasser konnte in langjähriger Erfahrung feststellen, daß Neubildungen des Gesichts besonders häufig in den Augen-Nasen- und in den Nasen-Wangenfalten vorkommen und geht sogar so weit, zu erklären, daß es kaum ein menschliches Individuum gibt, an dessen Haut in genannter Körpergegend nicht mehrere der Drüsen so vergrößert sind, um als pathologisch zu gelten. Die Neubildungen, welche diese spezielle Hautgegend befallen, sind epithelialen Ursprungs und eine Art Atavismus, indem sowohl die unteren Augenbrauen wie ganz besonders geformte Drüsen bei vielen Säugetieren vorkommen. Wahrscheinlich zeigt sogar jedes menschliche Individuum irgend eine Spur von epithelialem embryonalem Gewebe (Nävus), wenn ein Durchschnitt durch die Haut unterhalb der Augen und in der Nasen-Wangengegend gemacht wird. All die Geschwülste von einem vergrößerten Haarfollikel bis zum Ulcus rodens sind Glieder in einer Kette, wobei der erstere das letzte oder ausgereifteste, das letztere das Anfangs- oder embryonale Stadium darstellt. Damit sind auch die histologischen Verschiedenheiten und Übergangsstadien von einer zur anderen Geschwulstart hinreichend

Digitized by Google

erklärt. Als selbst beobachtete typische Beispiele solcher Art führt Mc Donagh folgende an: 1. Trichoepithelioma papulosum bei einer 48jährigen Frau, 2. Syringoma bei einem 12jährigen Mädchen, 3. Adenoma sebaceum und 4. Mischform, ähnlich dem Epithelioma adenoides cysticum Brookes bei einer 36jährigen Frau. Die jedem einzelnen Falle beigegebenen genauen histologischen Details scheinen die Theorie des Verfassers von den verwandtschaftlichen Beziehungen all dieser oberflächlichen Hautgeschwülste zu bestätigen.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von J. L. Bunch. Der Fall, einen 27jährigen Mann betreffend, war dadurch merkwürdig, daß sich der rein vesikulöse, besonders an Ober- und Unterextremitäten verbreitete Ausschlag auf Veronal, das wegen des heftigen Juckens und dadurch bedingter Schlaflosigkeit gegeben wurde, in einen ausgesprochen bullösen umwandelte. Auf Chloralhydrat (15,0) gingen die Blasen prompt zurück, um auf eine neue Dosis Veronal wieder aufzutreten. Dasselbe wurde nun endgültig weggelassen, und dann erfolgte glatte, wenn auch etwas langsame Heilung.

September 1912.

Ulcus rodens, auf einem Psoriasisherd in der Glutäalfalte entstanden, von M. H. Gray. Es handelte sich um eine unverheiratete 56jährige Frau, die seit über 30 Jahren mit Psoriasis behaftet war, welche allen Behandlungsmethoden getrotzt hatte. Am oberen Teil der Glutäalfalte saß ein Geschwür von ca. 3 cm Länge und etwa $3^1/_2$ cm Breite, das Patientin etwa 10 Jahre zurückdatiert und das vor Jahren zu ulzerieren begonnen habe. Drüsenvergrößerung war nicht vorhanden. Patientin war zwar keine sehr kräftige Person, aber auch keineswegs kachektisch, hatte einen Herzklappenfehler (infolge von Rheumatismus), und anamnestisch war in der Familie Tuberkulose nachzuweisen. Es wurde die Exzision des Geschwürs, das bösartig zu werden drohte, vorgenommen und die Wunde durch Transplantation geschlossen. Weder klinisch noch mikroskopisch waren Zeichen von Lupus vorhanden. Fälle von Ulcus rodens, welche an anderen Körperstellen, wie am Kopf, auftreten, scheinen im allgemeinen selten zu sein, und besonders die genannte Körpergegend (Hinterbacken) ganz ungewöhnlich zu sein. Zu erwähnen ist, daß weder Radium noch X-Strahlen irgend eine Heilwirkung auf die Neubildung hatten. Das Vorkommen von Epithelioma bei Psoriasis ist zwar schon verschiedentlich beschrieben worden, aber fast stets waren prolongierte As-Behandlungen vorhergegangen und gleichzeitig Erscheinungen von Arsenikkeratosis vorhanden, außerdem waren aber auch die Epitheliome meist squamöser Natur, so daß die Ansicht Hartzells, der diese Fälle gesammelt hat, es handle sich um eine Folge der As-Behandlung und nicht der Psoriasis, wohl berechtigt erscheint.

Ein Fall von gummösem Geschwür, ein Ulcus rodens vortäuschend, mit Salvarsan behandelt, von H. B. Parker. Die 46jährige Patientin zeigte ein tiefes Ulkus an der Oberlippe, das etwas größer als ein Sechspencestück war und bis zum Septum nasi und beide Nasenflügel sich erstreckte. Sie hatte vor etwa sechs Monaten Salvarsan subkutan erhalten (wegen Hautausschlag und einem Geschwür an den Lippen), ein paar Monate später trat aber nach merkwürdig kurzer Zeit wieder ein geschwüriger Prozeß an der Oberlippe auf, der seiner ganzen Beschaffenheit nach als Gumma zu bezeichnen war. Eine intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan wurde zweimal (in Zwischenpausen von fünf Tagen) vorgenommen und acht Tage nach der letzten war das Geschwür beinahe völlig überhäutet. Zwei Monate später war die Wassermannsche Reaktion noch positiv, und es wurde eine weitere Dosis Salvarsan gegeben, welcher diesmal etwas Erbrechen folgte, welche aber sonst, wie die beiden vorhergehenden Injektionen, sehr gut vertragen wurde.

Digitized by Google

Bericht über die British medical association, Liverpol, 19.—26. Juli 1912, Dermatologische Sektion. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1912.

Erythema ab igne, von M. B. Hartzell-Philadelphia. H. wundert sich, daß in der Literatur so wenig Erwähnung dieser durch intensive Hitzeeinwirkung verursachten Hautaffektion geschieht und beschreibt vier Fälle, wo unter dem Einflusse teils feuchter, teils trockener Hitze (unmittelbare Nähe eines Ofens, intensive Einwirkung von Heißluftapparaten usw.) ausgedehnte Erythemherde, und zwar je nach der Stelle der unmittelbaren Einwirkung an den verschiedensten Körpergegenden vorkommen. In allen vier Fällen befanden sich die Patienten in einem ausgesprochen schlechten Allgemeinzustand, sei es infolge von vorhergehender Krankheit, Alkoholismus oder hohen Alters, so daß H. bezweifelt, ob diese Hautaffektion bei einem völlig gesunden Individuum überhaupt vorkommen kann.

Erfahrungen mit Noguchis Luetinreaktion, von Howard Fox-New York. Die Luetinreaktion ist eine ähnliche diagnostische Probe auf Syphilis, wie jene von Pirquet auf Tuberkulose, und wird durch Injektion einer Suspension von Spirochaetae pallidae, die in Reinkultur gezüchtet und dann durch Hitze zerstört worden sind, hervorgerufen. Die (Haut-) Reaktion wechselte sehr an Intensität: in manchen Fällen trat sie einfach als entzündlicher Knoten auf, in anderen war derselbe von einem weniger breiten roten Hof umgeben, wirkliche Pusteln waren in 11 (von 100 Fällen) vorhanden. Unter den 100 mit Luetin behandelten Fällen gaben jene von sekundärer Syphilis 43%, jene von tertiärer und latenter Syphilis 51% positive Reaktion usw. F. hält diese Anzahl Fälle noch für zu klein, um positive Schlüsse hieraus ziehen zu können, glaubt aber immerhin, daß die Luetinreaktion als diagnostisches Mittel von einigem Wert sein wird, speziell in Fällen, wo die Wassermannsche Reaktion keinerlei Aufschluß gibt.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, St. Louis, 23.—25. Mai 1912) bestätigten die meisten Redner die Angaben von Fox über die Bedeutung und relativen Wert der Luetinhautreaktion, Politzer hob hervor, daß sie merkwürdigerweise bei sekundärer Syphilis im Gegensatz zur Wassermannschen relativ häufig negativ ausfalle, bei tertiären Fällen aber mehr positive Resultate gäbe.

Über Alopezia im allgemeinen, speziell eine bisher noch nicht beschriebene Form von Kahlheit, „Alopecia indurata atrophica", von Richard L. Sutton-Kansas City. S. teilte die Alopezia in folgende verschiedene Formen ein: 1. infolge von direktem Trauma; 2. infolge der Einwirkung gewisser Medikamente (Thalliumacetat); 3. verursacht durch vegetabilische Parasiten (Ringwurm, Favus); 4. bakteriellen Ursprungs, wobei a) die Kahlheit das Hauptsymptom (Seborrhoea, Syphilis, Keratosis pilaris usw.) oder nur eines der Symptome der Erkrankung sein kann (Lupus vulgaris, Impetigo, Typhus, Scharlach, Erysipel, Lepra, Syphilis); 5. wahrscheinlich auf Autointoxikation beruhend, wie bei Ekzema, Lichen planus, Psoriasis; 6. Alopezia nervösen Ursprungs (Alopecia areata, Sklerodermie, Alopecia indurata atrophica) und 7. Alopezia infolge von Ernährungs- und Entwicklungsstörungen, welche wieder folgende Unterabteilungen hat: a) Alopezie infolge von Atrophien, welche direkt die Haare betreffen (Trichorrhexis nodosa); b) als Resultat allgemein pathologischer Zustände, wie Anämie, Diabetes, Karzinom; c) infolge von Entwicklungsveränderungen in den Geweben und schlechten hygienischen Bedingungen (senile Alopezie, seborrhoische Alopezie u. a. m.) und d) kongenitale Alopezie. Von der unter 6. genannten, bisher noch nicht beschriebenen Form

Digitized by Google

von Alopecia indurata atrophica hatte S. Gelegenheit, 3 Fälle zu beobachten, welche Leute in mittleren Jahren (von 27—41 Jahre) betrafen. Es ist dies eine diffuse Form von Kopfhaarverlust, welche durch Gefäß- und Bindegewebsveränderungen im Korium und nachfolgender Atrophie der Epidermis und Haarfollikel charakterisiert ist. Das pathologische Bild ähnelt mehr jenem von Sklerodermie wie jeder anderen Affektion, wiewohl viele der Hauptcharaktere dieses Leidens vollständig fehlen. S. hat dasselbe, in der Überzeugung, daß es neurotischen Ursprungs sei, unter jene Formen von Alopezia rubriziert, die sekundär nach einem Nervenleiden auftreten, er hält es für wahrscheinlich, daß viele der Fälle sogenannter „neuralgischer Alopezie" in Wirklichkeit Beispiele von Alopecia indurata atrophica sind und daß die Neuralgie nur sekundäre und keine ätiologische Bedeutung hat. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Kosmetik, unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben von Max Joseph-Berlin. Mit 164 Figuren und 203 Rezepten im Text, sowie einem Anhang von 101 Rezepten. (Leipzig, Verlag von Veit & Comp., 1912. 749 S.) Auf bedeutend breiterer Grundlage als alle bisherigen Werke über Kosmetik erscheint das von Joseph im Verein mit 25 Mitarbeitern herausgegebene Handbuch. Der Begriff der Kosmetik ist weiter gefaßt als man bisher gewohnt war, da man hierunter gewöhnlich nur eine dermatologische Kosmetik verstand. So wird auf mehr als 100 Seiten von Axenfeld-Freiburg i. B. und Brons-Dortmund die „Kosmetik in der Augenheilkunde" abgehandelt, die vielleicht besser in einem Handbuch der Augenkrankheiten Platz gefunden hätte, da ich befürchte, daß der Leserkreis des Josephschen Handbuches kaum Verwendung dafür haben dürfte, während der Augenarzt dafür dankbar sein würde. Bei der Kosmetik des Fußes von Muskat-Berlin wird auch die Behandlung des Plattfußes besprochen. Auch hier ist das Gebiet wohl etwas zu weit ausgedehnt, denn mit dem gleichen Recht könnte man die O- und X-Beine und noch weitere Gebiete der Orthopädie als zur Kosmetik gehörend einer Besprechung unterziehen.

Auf die von den zahlreichen Mitarbeitern bearbeiteten Abschnitte einzeln und näher einzugehen, ist selbstverständlich nicht möglich. Ich glaube, daß man sämtlichen Mitarbeitern die Anerkennung aussprechen darf, ihre Aufgabe gut gelöst zu haben. Daß das Werk in jeder Hinsicht dem gegenwärtigen Standpunkt unseres Wissens gerecht wird, bedarf kaum der besonderen Erwähnung. Bei der Therapie werden daher auch unsere modernen physikalischen Heilmittel, wie Röntgenstrahlen, Quarzlampen- und Finsenbehandlung, Behandlung mit dem Kaltkauter usw. ihrer großen Bedeutung entsprechend gewürdigt. Als besonders wichtig möchte ich die von Strauss-Barmen bearbeitete „Behandlung kosmetischer Hautleiden mit Kohlensäureschnee" hervorheben, die bei einfachem Instrumentarium und einfacher Technik häufig vorzügliche Erfolge ergibt, aber trotzdem anscheinend auch bei den Fachärzten noch nicht genügend eingeführt ist.

Das vorliegende Handbuch verdient die ganz besondere Beachtung des ärztlichen Publikums, nicht allein der Dermatologen, die sich der Bedeutung der Kosmetik als Zweiges der ärztlichen Praxis ja schon lange bewußt sind, sondern ganz besonders der Allgemeinpraktiker, denen die Kosmetik zu ihrem eigenen Nachteil vielfach eine terra incognita ist, deren Unkenntnis die Patienten dem gerade auf diesem Gebiete üppig wuchernden Kurpfuscher- und Geheimmittelunwesen zutreibt. Hoffen wir, daß das

Digitized by Google

Werk dazu beiträgt, die Ärzteschaft für die Kosmetik, einen vollberechtigten Zweig der ärztlichen Wissenschaft, zu ihrem und ihrer Patienten Nutzen zu interessieren.

Die Ausstattung von seiten der Verlagsbuchhandlung verdient lobende Erwähnung.

Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut, von K. Herxheimer und K. Altmann-Frankfurt a. M. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie usw., Bd. 1, H. 5. Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, 1912. 52 S.) Unter Weglassung alles den Praktiker nicht in erster Linie interessierenden theoretischen Beiwerkes haben Verfasser eine für den praktischen Gebrauch durchaus geeignete Darstellung über die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut gegeben. Der Leser wird das Heft nicht ohne Nutzen aus der Hand legen. Es ist vielleicht von Interesse, hier auf ein von K. Herxheimer angegebenes, von der Hirschapotheke in Frankfurt a. M. hergestelltes Teerpräparat, Karboneol, eine Auflösung von Steinkohlenteer in Tetrachlorkohlenstoff, hinzuweisen. Dieses Präparat kann auf unbehaarter Haut unverdünnt eingepinselt werden und soll sich durch besonders starke juckstillende Wirkung auszeichnen. Fendt-Wiesbaden.

Die Therapie des Ekzems, von Theodor Veiel und Fritz Veiel-Canstatt. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie usw., herausgegeben von I. Jadassohn-Bern, Bd. 1, H. 7. 34 S.) In knapper, präziser Darstellung geben Verfasser eine auch für Fachärzte lesenswerte Schilderung der Ekzembehandlung. Daß diese durchaus subjektiv gehalten ist, dürfte dem Schriftchen gerade seinen besonderen Wert verleihen, da es jeden Dermatologen lebhaft interessieren wird, die Behandlungsmethoden eines so erfahrenen Praktikers wie Th. Veiel kennen zu lernen. Eigentümlicherweise findet das bei gewissen Ekzemstadien mit Recht geschätzte Lenigallol von seiten der Verfasser keinerlei Erwähnung. Die Vorzüge der Röntgenstrahlen und Quarzlampenbestrahlungen bei gewissen Ekzemarten erkennen sie an, bedauern aber, daß man bei der Röntgenbehandlung immer wieder schwere Schädigungen zu Gesicht bekommt. (Nach den Erfahrungen des Ref. lassen sich Röntgenschädigungen vermeiden; dann aber zeigt die Röntgentherapie bei Ekzemen so befriedigende Resultate, daß sie jeder hierin erfahrene Dermatologe nicht mehr missen möchte.) Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Beitrag zur Kenntnis der polymorphen schmerzhaften rezidivierenden Dermatitis der Schwangeren oder des Herpes gestationis, von Sylvie Lévigne. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 397.) Nach einer historischen Einleitung erörtert Verfasserin die Symptomatologie und die Stellung der im Titel genannten Dermatitis im System der Dermatosen. In weiteren Kapiteln die Ätiologie, Pathogenese, Diagnose, Prognose und Therapie. Daran schließt sich die Kasuistik (instruktive Abbildungen), eine synoptische Tabelle und eine kleine Bibliographie. Der Name Herpes gestationis stammt von Milton (1872). Im Jahre 1884 reihte Duhring diese Dermatose in eine Gruppe ein, der er den Namen Dermatitis herpetiformis gab. In Frankreich gab Brocq dieser Form der polymorphen Dermatitis den Namen „Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse". Gegenwärtig wird der Herpes gestationis allgemein als eine polymorphe Dermatitis aufgefaßt. Die Symptomatologie des Leidens gleicht in ihren allgemeinen Zügen der Brocqschen polymorphen, schmerzhaften, chronischen

Digitized by Google

Dermatitis mit sukzessiven Schüben. Die Eruption ist eine polymorphe, von heftigem Hautjucken und schmerzhaften Sensationen begleitet. Es lassen sich sukzessive eruptive Schübe beobachten. Das Allgemeinbefinden wird nicht beeinträchtigt. Das Leiden betrifft schwangere oder kurz vor der Entbindung stehende Frauen. Mit nachfolgenden Graviditäten rezidiviert es. Meist handelt es sich um eine akute oder subakute Form. Eine chronische Form wird nur in seltensten Ausnahmefällen bemerkt. Die eruptiven Phänomene zeigen spezifische Charakteristika: sie nehmen an Intensität zu unmittelbar nach der Entbindung; sie weisen eine relativ kurze Dauer auf. Auch das Rezidiv hat spezifische Eigenschaften: es betrifft fast ausschließlich derartige Frauen bei Gelegenheit neuer Schwangerschaften; hier zeigt sich die Eruption dann als viel heftiger und andauernder. Wie für die polymorphen Dermatitiden überhaupt, so ist auch für unser Krankheitsbild in ursächlicher Beziehung wenig bekannt: man denkt an einen nervösen, einen toxischen oder an einen kombinierten Ursprung. Im allgemeinen macht die Diagnose keine großen Schwierigkeiten. Schwere Fälle und Chronischwerden sind sehr selten. Für das Kind ist die Prognose mit Vorsicht zu stellen. Die Therapie ist hygienisch-diätetisch mit Vermeidung von Jodkalium, das die Eruption vermehrt.

Fritz Loeb-München.

Atypischer Herpes Zoster und Immunität nach Zoster, von Jean Minet-Lille. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 13.) Verfasser berichtet über drei Fälle von atypischem Herpes Zoster. Unter atypischem Herpes Zoster versteht er alle Fälle, bei denen die Hauterscheinungen vom klassischen Typus des gewöhnlichen Zoster abweichen, ohne jedoch durch lokale Komplikationen bedingte Variationen hinzuzuzählen. Die beobachteten Fälle bringen neue Stützpunkte für die infektiöse Theorie des Zoster. Auch zeigen sie, wie durch eine Attacke Immunität eintritt, so daß eine zweite viel milder, fast abortiv verläuft. Richard Frühwald-Leipzig.

Herpes Zoster an den Beinen, von E. E. Laslett-Hull. (Brit. med. Journ., 28. Okt. 1911.) Als ein sehr seltenes Vorkommnis beschreibt L. einen Fall von Herpesausschlag am Ober- und Unterschenkel bei einem 12jährigen Knaben. Die Lokalisation der Läsionen entsprach dem Gebiet des vierten und eines Teiles des dritten Lumbalnerven und umfaßte, wie die zwei Abbildungen zeigen, eine recht erhebliche Fläche mit allerdings nur mäßig zahlreichen Bläschenbildungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes an den Beinen, von C. E. Lea-Manchester. (Brit. med. Journ., 9. Dez. 1911.) An der beigegebenen Skizze erkennt man, daß die mit Bläschen besetzten Gebiete dem fünften Lumbal- und vorwiegend dem ersten Sakralnerven zugehören.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Herpes im Anschluß an Spina bifida, von E. S. Wink-Halstead. (Lancet, 9. Dez. 1911.) Ein normal geborenes Kind mit einem fünfmarkstückgroßen Defekt an der Lumbosakralgegend entwickelte acht Tage nach der Geburt eine wohl ausgebildete Reihe von Herpesbläschen, welche von der Wirbelsäule ausgehend unterhalb der letzten Rippe sich bis zur Mittellinie des Körpers erstreckten. Eine analoge Aussaat trat zwei Tage später in symmetrischer Anordnung auf der anderen Seite auf. Das Kind ging drei Wochen alt schon zugrunde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den rezidivierenden Zungenherpes, von Roger Schwab. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 380.) Der rezidivierende Herpes der Zunge kann mit dem rezidivierenden progenitalen und dem rezidivierenden Hautherpes in Zusammenhang gebracht werden, denn es sind Fälle vorhanden (Verfasser beschreibt zwei solche), daß diese Formen zusammenbestehen und gleichzeitig sich entwickeln. Im allgemeinen handelt es sich bei den befallenen Personen um Arthritiker, deren Krankheit als eine Prädisposition

Digitized by Google

betrachtet werden kann. Reize sind Gelegenheitsursachen; die Hauptrolle spielt dabei die Syphilis, teils direkt, teils durch die Komplikationen, welche ihre Behandlung herbeiführt und welche eine direkte Ursache für die Herpeseruption abgeben können. 95% aller Fälle von rezidivierendem Zungenherpes erwiesen sich als Syphilitiker. Die Differentialdiagnose ist mit Hinsicht auf die Therapie von größter Bedeutung.

Fritz Loeb-München.

Herpes zoster auricularis et para-auricularis, von Louis Closier. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 313.) Verfasser bespricht die hauptsächlichsten klinischen Formen, unter denen sich der Herpes auricularis darbietet. Diese verschiedenen klinischen Formen sind abhängig von den Nervenwurzeln- und Ganglien, die von der Infektion befallen sind. Die infektiöse Erklärungstheorie scheint diese klinisch verschiedenen Formen am besten zu erklären. Fritz Loeb-München.

Trophische Geschwüre der Haut nach Durchschneidung des Nervus femoro-cutaneus, von Hustin-Brüssel. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 11.) Bei der Operation eines Dermoidtumors der Bauchwand mußte der Nervus femoro-cutaneus reseziert werden. Auf der Außenseite des Oberschenkels blieb eine anästhetische Zone, auf der nach zwei Monaten zwei schlecht heilende Geschwüre entstanden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Akute Exantheme.

Scharlach als Todesursache in Bayern in den Jahren 1881—1900. (Ztschr. des k. bayer. statist. Landesamtes, 1912, 44. Jahrg., Heft 1.) Es starben an Scharlach in Bayern in den 6 Jahrfünften von 1881—1910 auf 100000 Einwohner berechnet jährlich im Durchschnitt 45, 6—24, 1—17, 9—5, 8—7, 3—7, 0. Auf je 1000 Gestorbene treffen an Scharlach Gestorbene in den gleichen 6 Jahrfünften: 16, 0—8, 6—6, 8—2, 4—3, 2—3, 5. Fritz Loeb-München.

Zur gegenwärtigen Scharlach- und Diphtherieepidemie in Groß-Berlin, von M. Westenhoeffer. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Die Schuld an Kinderepidemien wird dem langen Instanzenweg beigemessen, welcher von Erkrankungen der Schulkinder der Schule zu spät Kenntnis gibt. Als Muster werden Vorschriften empfohlen und ausführlich abgedruckt, wie sie für die deutsche Schule zu Santiago bestehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Scharlachfragen, von Fischl. (Fortschr. d. Med., 1911, Nr. 38.) Nichts Neues bringend. Haas-Hamburg.

Meningeale und pseudomeningeale Symptomenkomplexe im Verlauf der Skarlatina, von Lafforgue. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 13.) Neben der wahren, infektiösen Meningitis der Scharlachkranken, welche gewöhnlich von übelster Prognose ist, beschreibt L. an der Hand dreier Beobachtungen einen viel weniger gefährlichen pseudomeningitischen Symptomenkomplex. Wenn dieser auch klinisch oft mit dem wahren meningitischen Zustande weitgehende Übereinstimmung zeigt, so beweist gleich die Lumbalpunktion seine geringere Gefährlichkeit. Die Zerebrospinalflüssigkeit ist klar, ohne Druckvermehrung, ohne anormale Zellbestandteile, ohne außergewöhnliche chemische und humorale Reaktionen. Diese gewöhnlich 2 Tage vor dem Scharlachausbruch prämonitorisch auftretende Meningitis unterscheidet sich klinisch in folgenden Punkten von der wahren. 1. Es findet sich keine wahre Nackenstarre, sondern nur eine Immobilisierung, um dem Schmerze auszuweichen. 2. Die Lumbalschmerzen sitzen viel tiefer und sind nicht einfach durch die Muskelkontraktur bestimmt. 3. Das Kernigsche Symptom fehlt. 4. Das Erbrechen ist kein zerebrales, sondern durch Verdauungsnausea

Digitized by Google

bedingt. 5. Es fehlt die Verstopfung und 6. die Pulsverlangsamung. Hingegen besteht Pulsbeschleunigung und Blutdruckverminderung. A. Gunsett-Straßburg.

Bemerkungen über die Ätiologie der Skarlatina, von R. W. C. Pierce-Guildford. (Lancet, 28. Okt. 1911.) Nach den statistischen Aufzeichnungen kann man bei etwa 70% der Scharlachfälle die Quelle der Infektion nachweisen, während ungefähr 30% als Erkrankungen unbekannten Ursprungs geführt wurden. Verf. ist zu der Ansicht gelangt, daß viele Fälle dieser letzteren Gruppe tatsächlich keine wirklichen Scharlacherkrankungen sind, sondern scharlachähnliche Exantheme, welche wahrscheinlich durch eine Infektion mit Streptokokken, etwa von Impetigogeschwüren herstammend, bedingt sind. Er berichtet über einige Fälle, welche mit charakteristischem Ausschlag, Fieber, Halsaffektion, Erdbeerzunge und auch nachträglicher Abschilferung an Händen und Füßen aufgenommen wurden und hinterher im Krankenhaus noch eine zweifellos als Scharlach zu diagnostizierende Erkrankung von Anfang bis zu Ende durchmachten. Außer der Impetigo dürften auch andere mit Streptokokken-Anwesenheit verbundene Affektionen zu scharlachartigen Exanthemen führen; Verf. schildert solche Vorkommnisse bei Mastitis, eiternden Hautabschürfungen oder tieferen Ulzerationen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie des Scharlachs, von M. Nicoll-New York. (Arch. of Pediatrics, Nov. 1911.) Der in 25 Fällen durch Aspiration aus vergrößerten Lymphdrüsen gewonnene Gewebssaft zeigte stets die gleichen sporentragenden Bazillen, deren kulturelle und morphologische Eigenschaften mit den von Vipond beim Scharlach gefundenen Bazillen übereinstimmten. Meerschweinchen, Kaninchen und Affen, die mit 24stündiger Bouillonkultur inokuliert wurden, bekamen Fieber, Durchfälle Gewichtsverlust und Lymphdrüsenvergrößerung; in diesen Drüsen konnte der gleiche Bazillus nach ungefähr einer Woche nachgewiesen werden. Der Organismus war außerordentlich widerstandsfähig gegen Hitze und überstand Siedetemperatur unter Druck wenigstens 20 Minuten lang. Daraufhin wurden alle Instrumente im Autoklaven mehrere Tage sterilisiert, und das Resultat war, daß weder der Verf. noch Dr. Vipond selbst ihre Bazillen nachweisen konnten. Seit diesen Versuchen ist Verf. sehr skeptisch geworden gegenüber jedem neu gefundenen Scharlachbazillus. W. Lehmann-Stettin.

Bakteriologische Untersuchungen der Tonsillen bei Scharlach und Nephritis mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken, von Wilhelm Koch-St. Petersburg. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1911.) Bei den vom Verfasser untersuchten Fällen handelte es sich 18mal um Skarlatina, 7mal um Nephritis acuta haemorrhagica. Von den 18 Scharlachfällen gehörten 16 der ersten Krankheitswoche an, während 2 Fälle am 13. resp. 14. Tage zur Untersuchung gelangten. Außerdem war in einem Falle Scharlach mit Diphtherie verbunden, in einem anderen Falle war die Diphtherie kurz vorher abgelaufen. Bei den 7 Fällen von Nephritis ließ sich 5mal eine Angina anamnestisch feststellen, die 5—14 Tage zurücklag. Die bakteriologische Untersuchung ergab folgendes Gesamtresultat: 1. Von den Tonsillen Scharlach- und Nephritiskranker wurden neben anderen Keimen vorwiegend Streptokokken gezüchtet, jedoch fand sich kein spezifischer Kettenkokkus weder bei der einen noch bei der anderen Erkrankung Bei Scharlach fand sich am häufigsten Streptococcus pyogenes, bei Nephritis der Streptococcus viridans. 2. Ein anaerober Streptokokkus konnte nicht gezüchtet werden. 3. Die von den Tonsillen bei Scharlach und Nephritis stammenden Streptokokken sind für weiße Mäuse nicht oder nur sehr wenig pathogen. 4. Weder bei Kaninchen, noch bei Meerschweinchen ließ sich ein anaphylaktischer Chok, auch kein dem Scharlach oder der Nephritis ähnliches Krankheitsbild erzeugen. 5. Durch den Plattenversuch mit Leukozyten konnte kein Unterschied zwischen Streptokokken der Tonsillen bei Scharlach

Digitized by Google

und Nephritis und anderen menschenpathogenen Streptokokken gefunden werden. 6. Alle Streptokokkenarten zeigen ein besonders gutes Wachstum in Bouillon mit Kartoffelteilchen. Fritz Loeb-München.

Impfversuche mit Scharlach an Affen, von Landsteiner und Levaditi-Paris. (Compt. rend. soc. de biol., Bd. 70, S. 641.) Durch Verimpfen des Tonsillenbelages scharlachkranker Kinder auf die Rachenschleimhaut höherer Affen (Schimpansen) gelingt es, bei diesen Tieren eine Angina vom Typus der Scharlachangina hervorzurufen. Bei einem der Versuchstiere war auch eine mit Exanthem einhergehende Allgemeinerkrankung zu beobachten gewesen, welche in den wesentlichsten Punkten dem Krankheitsbilde der menschlichen Skarlatina entsprach. Die Infektion der Versuchstiere, welche in der Regel nur zur Ausbildung einer Angina führt, gelingt im allgemeinen leicht. Auch eine Reinfektion war in einem Falle gelungen. Bezüglich der Identität der experimentellen Angina mit der Scharlachangina äußern sich die Autoren sehr vorsichtig. Eine Streptokokkeninfektion kann nach dem Ausfall der Kontrollversuche nicht dafür verantwortlich gemacht werden, doch läßt sich auch nicht mit absoluter Sicherheit behaupten, daß das echte Scharlachvirus als ätiologischer Faktor in Frage kommt. Dies gilt ganz besonders auch für den einen Fall, aus dem die Autoren keine bindenden Schlüsse zu ziehen wagen, trotzdem so weitgehende Übereinstimmungen zwischen den beiden Krankheitsbildern bestanden. Immerhin lassen die Affenexperimente bezüglich der Scharlachätiologie mancherlei Aufklärung erhoffen. Graetz-Hamburg.

Die Diazoreaktion bei Scharlach und Serumkrankheit, von S. S. Woody und J. A. Kolmer. (Arch. of Pediatrics, Jan. 1912.) Nach der Injektion von Diphtherie-Antitoxin hat Verfasser sehr häufig ein Exanthem beobachtet, das wirklichem Scharlach sehr ähnlich war; da der Ausschlag sehr häufig in der Zeit vom zweiten bis zum sechsten Tage auftrat, ein Zwischenraum, der mit der angenommenen Inkubationszeit des Scharlachs übereinstimmt, und da Diphtherie überhaupt sehr häufig mit Scharlach kompliziert ist, war die Diagnose oft sehr schwierig. Verfasser hat nun versucht, eine Entscheidung mit Hilfe der Diazoreaktion herbeizuführen, und es hat sich gezeigt, daß bei reiner Serumkrankheit die Reaktion weit weniger häufig auftritt, als bei Scharlach und bei Diphtherie. Immerhin sind die Resultate so inkonstant, daß sie differentialdiagnostisch nicht verwertbar sind. W. Lehmann-Stettin.

Streptokokkenvakzine bei Scharlachprophylaxe, von W. H. Watters-Boston. (Journ. amer. med. assoc., Bd. 58, Nr. 7.) Von 21 Krankenpflegerinnen, welche prophylaktisch mit Scharlachvakzine geimpft wurden, erkrankte bei der Pflege von Scharlachkranken nur eine, bei welcher die Erkrankung milde verlief. Schourp-Danzig.

Über die Eukalyptusbehandlung des Scharlachs, von E. Koerber-Hamburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.) Die von R. Milne warm empfohlene Behandlung von Scharlachkranken mittels Einreibungen von Eukalyptusöl am ganzen Körper und Betupfens der Tonsillen mit 10%iger öliger Karbollösung ist am Eppendorfer Krankenhaus bei 151 Fällen mehr oder weniger gründlich nach Vorschrift durchgeführt worden. Verfasser hat auch Nachforschungen über den späteren Verlauf der Fälle in bezug auf deren Ansteckungsfähigkeit anderen Hausbewohnern gegenüber angestellt. Er konstatiert, daß nach den Hamburger Erfahrungen weder in bezug auf Mortalität noch auf das Ausbleiben von weiterer Übertragung der Infektion auf andere Individuen der Methode eine besondere Wirksamkeit zuzusprechen sei.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung des Scharlachs mit Dioradin Nr. 3, von S. Gerlóczy-Budapest. (Orvosi Hetilap, Nr. 50, 1911.) Die Höhe der Sterblichkeit beim Scharlach ist schwankend. In einem Jahre beträgt sie 8—10%, im nächsten Jahre wieder 25—30%. Sie kann

Digitized by Google

von 5—10 % sogar auf 50—60, ja 80 % steigen. Deshalb muß auch der Genius epidemicus bei der Heilstatistik in Betracht gezogen werden, überdies müssen Kontrollfälle als Parallelversuche gegenüberstehen. Dioradin ist ein chemisches Präparat, das flüchtiges radioaktives Jodsalz enthält, das schon bei 37° C sublimiert. Die Lösung wird mit Ol. amygdalarum dulcium gemacht und in einem cm^3 ist 0,75—0,1 cg Jod, 4—8 cg Menthol und $^1/_{10}$ Tropfen stark aktive (etwa 5 Million Macheeinheiten) Radiumbariumchloridlösung. Wenn man radioaktives Jodmenthol in der erwähnten Zusammensetzung unter die Haut einspritzt, kommt es als leicht verdunstende Mischung in die Lunge, und erst hier sondert sich das Jod ab, das in statu nascendi seine Wirkung entfaltet. Für den Organismus ist es unschädlich, weil es auch in minimalster Dose als „Dosis optima" eben infolge seiner Radioaktivität zur Geltung kommt. Auf die Organismen von Tieren niedriger Ordnung wirkt es als starkes Gift, stört ihre Lebensbedingungen, schließlich vernichtet es die Toxine (bakterizide Wirkung) und Ptomaine, verändert die durch die Anwesenheit der Bazillen hervorgerufenen Stoffwechselprodukte in ihrer Zusammensetzung bzw. es neutralisiert sie. Es vermindert das Fieber, weil es auf die Nervenzentren, die die Temperatur des Blutes regeln, eine Wirkung ausübt. Von 828 mit Dioradin behandelten Patienten starben 48 (5,7 %), geheilt wurden 780 (94,3 %). Von 718 mit Dioradin nicht behandelten Patienten starben 81 (11,2 %), geheilt wurden 637 (88,8 %). Verfasser machte auf der Frauenabteilung Versuche, in der Männerabteilung war die Sterblichkeit noch einmal so groß.

Die Sterblichkeit war im April auf Verfassers Abteilung 6,0 %, in der anderen Abteilung ohne Dioradin 13,1 %; im Mai 6 %, in der anderen Abteilung 11,7 %; im Juni 4,6 %, in der anderen Abteilung 8,1 %. Aus diesen Zahlen der letzten 10 Jahre stellte sich heraus, daß auch die günstigste (8,1 %) Sterblichkeitsziffer neben der 5,7 %igen Verhältniszahl der Dioradingruppe zurückbleibt und die durchschnittliche Sterblichkeitsziffer der 10 Jahre 12,6 % ausmacht. Diese Daten sind im höchsten Maße ermutigend, namentlich deshalb, weil sich Verfassers Versuche bloß auf die schwersten Fälle beziehen. Porosz-Budapest.

Eine Masernepidemie, von W. Milligan-Hauwell. (Brit. med. Journ., 9. März 1912.) Verfasser berichtet kurz, daß in dem kleinen Dorfe Hauwell in Oxfordshire zurzeit eine Masernepidemie ausgebrochen ist, bei welcher unter einer Bevölkerung von 179 Einwohnern etwa 50 Personen verschiedenen Lebensalters erkrankt sind. Die letzte Epidemie soll vor 27 oder gar vor 40 Jahren geherrscht haben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Schließen der Schulen bei Masern, von A. B. Raffle-South Shields. (Lancet, 3. Feb. 1912.) Bei Gelegenheit einer in seinem Bezirk auftretenden Masernepidemie konstatierte R. folgendes: unter der Gesamtsumme von 4470 Schulkindern befanden sich 2180, welche für Masern empfänglich waren, von ihnen erkrankten vor dem Schließen der Schulen 638 und binnen 14 Tagen nach diesem Zeitpunkt noch 140. Dagegen kamen später nur noch 75 Fälle hinzu, welche also nicht auf eine in der Schule erfolgte Infektion zurückgeführt werden konnten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Klinik des Masernexanthems, von Rudolf Fischl. (Fortschr. d. Med., 1912, Nr. 1.) Der Verfasser erwähnt einige etwas seltenere Vorkommnisse bei Masern, so eine starke Nierenblutung acht Tage nach dem Exanthem bei einem Knaben mit hämorrhagischer Diathese, einen eklamptischen Anfall während der Fieberperiode, eine Kombination von Masern mit Typhus, von Masern mit Pertussis und Diphtherie. Bei einer schweren Masernepidemie, die durch eine Tendenz zu brandigen Prozessen charakterisiert war, beobachtete F. öfters nomatöse Erkrankungen der Wangen- und

Digitized by Google

Genitalschleimhäute und Hautemphysem. In einem anderen schweren Falle von Masern mit Pleuropneumonie stellte sich im Anschluß an einen starken Hustenstoß ein sich rasch über den Thorax ausdehnendes Hautemphysem ein, das sich nach drei Tagen wieder verlor. Eine abnorme Lokalisation des Exanthems kann oft zu diagnostischen Schwierigkeiten Anlaß geben, so sah F. einmal einen Fall, in dem das Exanthem an Händen und Füßen begann. A. Gunsett-Straßburg.

Ein doppeltes Masernrezidiv, von Feibelmann-Nürnberg. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 57, Heft 1—3.) Bei einem 6jährigen Knaben wurde am 23. November, 3. und 24. Dezember 1910 ein Masernexanthem mit Koplikschen Flecken gefunden.

In der Literatur sind fünf derartige Fälle bekannt geworden, welche der Verfasser zusammenstellt. Schourp-Danzig.

Experimentelle Erzeugung der Masern, von Ch. Nicolle und E. Conseil. (Bull. méd., 1912, S. 9.) Die Verfasser haben Blut eines Kindes, daß 24 Stunden später von einem Masernexanthem befallen wurde, einem Hutaffen intraperitoneal injiziert. Nach drei Tagen trat Fieber auf, das sechs Tage anhielt und bis 40° stieg.

Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan verhindert nicht das Entstehen von Masern, von Marfan und Lagane. (Bull. méd., 1912, S. 384.) Ein 7jähriges, erbsyphilitisches Kind erhielt wegen Gummen des weichen Gaumens 0,1 + 0,15 Salvarsan. Vier Tage nach der zweiten Injektion traten typische Masernerscheinungen auf.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung von Masernkranken, von E. Smith-London. (Brit. med. Journ., 9. März 1912.) In einer kurzen Mitteilung betont S. die Notwendigkeit einer zweckmäßigen Lokalbehandlung der Nase und der Rachenorgane, da an diesen Stellen die Hauptansammlung und die Eingangspforten des Virus sich befinden. Er schildert als Paradigma einen Fall bei einem gesundheitlich sehr gefährdeten 12jährigen Knaben, welcher durch solche Maßregeln seine Erkrankung sehr erfolgreich überstand. Der Rachen wurde dreimal täglich mit Borglyzerin gepinselt, und für die Nase wurde ein Spray von Resorzin in physiologischer Kochsalzlösung (0,6 : 30,0) alle paar Stunden angewandt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Masern und Röteln als Todesursachen in Bayern in den Jahren 1881 bis 1910. (Ztschr. des k. bayer. statist. Landesamtes, 1912, 44. Jahrg., Heft 1.) Es starben in Bayern in den sechs Jahrfünften von 1881—1910 an Masern und Röteln auf 100000 Einwohner berechnet jährlich im Durchschnitt: 35,1—43,5—32,5—28,1—26,3—24,2. Auf je 1000 Gestorbene berechnet starben in Bayern in den gleichen Jahrfünften im Durchschnitt jährlich: 12,3—15,4—12,3—11,7—11,6—11,9.

Fritz Loeb-München.

Röteln und Tuberkulose. Tuberkulinreaktionen, von Alfred Gazeau. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Varizellen im Puerperium, von B. Myers-Hampstead. (Brit. med. Journ., 2. März 1912.) Verfasser berichtet über einen am zehnten Tage des Wochenbetts einsetzenden Fall von Varizellen bei einer 30jährigen Primipara. Die in reichlicher Anzahl auftretenden typischen Läsionen waren namentlich an den Brüsten und den großen Labien lokalisiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Varizellen und ihre Komplikationen, von L. Huismanns-Cöln. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 22.) Nach eingehender Besprechung von atypischem, schwerem Verlauf bei Varizellenfällen teilt Verfasser eine eigene derartige Beobachtung mit: einen Fall von Varicella septica, mit doppelseitiger Thrombosis venae centralis retinae.

Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Über die kutanen Komplikationen der Varizellen vor und nach Anwendung sterilisierter Wäsche, von Myriam Caplan. (Inaug.-Dissert., Lyon 1911.) Bei Gebrauch sterilisierter Wäsche sind die kutanen Komplikationen viermal seltener aufgetreten, als vor ihrem Gebrauch. Fritz Loeb-München.

Die Pocken als Todesursachen in Bayern in den Jahren 1881—1910. (Ztschr. des k. bayer. statist. Landesamtes, 1912, 44. Jahrg., Nr. 1.)

Jahrfünft	Zahl der Todesfälle	im Durchschnitt sind gestorben auf 100000 Einwohner jährlich	auf 1000 Gestorbene jährlich
1881/1885	41	0,76	0,27
1886/1890	15	0,27	0,10
1891/1895	3	0,05	0,02
1896/1900	1	0,02	0,007
1901/1905	1	0,02	0,01
1906/1910	1	0,01	0,01

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von erfolgreicher Variolaübertragung direkt auf das Kalb, von H. Wittich-Cassel. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 2.) Die Variolaübertragung gelang, weil es sich um eine schwere Erkrankung bei einem vor 50 Jahren geimpften Mann handelte, dessen damaliger Impferfolg bei Mangel an Impfnarben mindestens zweifelhaft war, weil der Pustelinhalt abgenommen wurde, als er nur leicht getrübt war, und weil die Übertragung des Impfstoffes verhältnismäßig schnell, nach etwa 18 Stunden, geschah, mithin alle günstigen Voraussetzungen zur Übertragung gegeben waren.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von wiederholter Variola, von F. Huerto. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 4.) Der Verfasser erwähnt folgenden Fall von Variolareinfektion: Am 20. Oktober 1911 wurde ein 18jähriger noch nie geimpfter Mann aufgenommen, ohne Fieber und subjektive Beschwerden mit einigen 20 am ganzen Körper verteilten Pusteln. Vor Auftreten dieser Pusteln war allgemeines Unwohlsein, Erbrechen und Kopfschmerz vorhanden gewesen.

Folgendes war die Leukozytenformel: Polynukleäre neutrophile 47,5 %, Polynukleäre basophile 0,2 %, Polynukleäre eosinophile 3,5 %, Große und mittlere Mononukleäre 13,5 %, Lymphozyten 24,4 %, Türcksche Zellen 3,1 %, Myelozyten 2,8 %.

Die Erkrankung verlief benigne, und am 28. Oktober war der Patient geheilt. Eine Woche später, am 4. November, kam er wieder mit allgemeinem Unwohlsein und einer papulösen Eruption von sicher variolischem Aspekt, aber allgemeiner verbreitet als das erste Mal. Die Blutuntersuchung ergab folgenden Befund: Polynukleäre neutrophile 55,5 %, Polynukleäre basophile 0,2 %, Polynukleäre eosinophile 0,7 %, Große und mittlere Mononukleäre 18,3 %, Lymphozyten 28,2 %, Türcksche Zellen 5,0 %, Myelozyten 2,0 %.

Diese zweite Infektion war durch eine schwere Nephritis kompliziert, die im suppurativen Stadium auftrat. Die Identität beider Erkrankungen wurde durch den Leukozytenbefund bewiesen, welcher quantitativ und qualitativ das für Variola charakteristische Bild bot. Interessant ist, daß die erste Infektion, statt den Körper zu immunisieren, im Gegenteil eher denselben zu einer schwereren Infektion prädisponierte.

A. Gunsett-Straßburg.

Variolavakzine, von M. Duvoir. (Thèse de Paris, 1910.) Fritz Loeb-München.

Verhältnis der unwirksamen Vakzine bei Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft geimpft wurden, von Victor Mas. (Thèse de Paris, 1911.) Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Ein primitives Blasenphantom zu zystoskopischen Übungen, von Benno Ottow-Dorpat. (Ztschr. f. gynäk. Urol., Bd. 3, H. 5.) Statt der teuren, 40—60 Mark kostenden, käuflichen Blasenphantome benutzt Verf. ein durch „Selbstfabrikation" hergestelltes. Die „Blase" wird dargestellt durch eine sphärische Gummimembran in Gestalt eines Kinderspielballes, dessen Gummiwände nicht zu nachgiebig und weich sein dürfen. Nach Entfernung eines beliebig großen, ovalen Segmentes der sphärischen Oberfläche durch Scherenschnitt wird die Gummihohlkugel evertiert und die jetzt außen liegende „Schleimhaut" in zweckentsprechender Weise bemalt; durch an den entsprechenden Stellen eingesetzte Gummiröhrchen werden die Ureteren dargestellt. Pathologische Veränderungen können leicht nachgebildet werden. Die Untersuchung soll mit brennender Zystoskoplampe vorgenommen werden. Fendt-Wiesbaden.

Zur Frage der individuellen Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen, von Thedering-Oldenburg i. Gr. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Verf. berichtet über sieben Fälle als Auswahl unter vielen, und in einem Nachtrag noch über fünf noch kürzlich erlebte Fälle, bei denen eine relativ sehr geringe Bestrahlung schon eine Erythemwirkung auslöste. Es war unter Verwendung von mittelharten Röhren von 5—7 Wehnelt Härte und den Sabouraud-Noiréschen Tabletten in einigen Fällen nur $^1/_4$ Erythemdosis, in anderen $^1/_2$ oder auch $^2/_3$ gegeben worden. Trotzdem war bei allen diesen Patienten deutliche, gelegentlich sogar starke Reaktion erfolgt. Zur genaueren Feststellung einer drohenden Reaktion empfiehlt Verf., genau auf die Randpartien der bestrahlten Gebiete zu achten und eventuell einen Augenblick die Heißluftdusche anzuwenden; die gereizten Stellen treten dann hochrot gegen die weißbleibende gesunde Haut hervor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine einfache Tube zur Erhaltung von Blutproben für die Wassermann-Reaktion, von Albert Keidel-Baltimore. (Journ. amer. med. assoc., 25. Mai 1912.) Der nach Ansicht des Ref. doch nicht so ganz einfache Apparat soll sich besonders dafür eignen, Blut zur WR. steril aufzufangen und in sterilem Zustand auf weite Entfernungen zu verschicken. Fendt-Wiesbaden.

Positive Wassermann-Reaktion bei Bleivergiftung, von Cyrus W. Field-New York. (Journ. amer. med. assoc., 1. Juni 1912.) Bei zwölf Fällen von Bleivergiftung wurde achtmal eine positive, viermal eine negative WR. gefunden. Von den acht positiv reagierenden Patienten ließ sich bei dreien frühere Syphilisinfektion nachweisen, bei den übrigen fünf jedoch nicht. Hiernach soll positive WR. bei Bleivergiftung nicht ohne weiteres spezifische Infektion beweisen; ihr Vorhandensein soll aber auch nicht übersehen werden. Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Prof. Max Wolters in Rostock, bisher ordentlicher Honorarprofessor, wurde zum ordentlichen Professor der Dermatologie ernannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. November 1912 | Nr. 45 | Band 55

Aus der Krankenanstalt des Städtischen Obdachs in Berlin (Oberarzt Dr. Pinkus).

Über die Glandula caudalis bei Cavia cobaya.

Von

Dr. O. Sprinz, Charlottenburg.

(Mit 5 Abbildungen.)

F. Pinkus hat in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 8. III. 1910 darauf hingewiesen, daß sich am Rückenende aller Meerschweinchen, Männchen wie Weibchen, ein Drüsenkomplex finde. Pinkus beschreibt ihn „als eine längsovale, von kürzeren Haaren bestandene, bei gefärbten Tieren meist schwarze Fläche, auf der fettiges, krümeliges Sekret liegt. Sie mißt 3×6 mm, nach der Größe der Tiere etwas schwankend. Nach ihr konvergieren Rücken- und Seitenhaare des Tieres, nahe unter ihr liegen die Schwanzwirbel, auf mikroskopischen Schnitten sieht man, wie die gewöhnlich lange Behaarung am Rande aufhört und durch einen Haufen dichtstehender Follikel ersetzt wird, in denen die Talgdrüsen bei weitem die Haarbildungen überwiegen."

Bei dem großen Interesse, welches derartige Hautdrüsenkomplexe sowohl in anatomischer wie in physiologischer Beziehung in Anspruch nehmen, veranlaßte mich Dr. Pinkus, das von ihm aufgefundene Drüsengebilde noch näher zu untersuchen. Ich möchte daher als Ergänzung zu seinen Mitteilungen folgendes ausführen.

Derartige Talgdrüsenanhäufungen kommen auch sonst mannigfach in der Tierwelt zur Beobachtung. Bei den Vögeln treffen wir zuerst unzweifelhaft echte Talgdrüsen an.

Während aber die Vögel nur über eine einzige große Talgdrüse, die sogenannte Bürzeldrüse (Glandula uropygii) verfügen, finden wir bei den Säugern solche Talgdrüsenanhäufungen an den verschiedensten Körperstellen.

Als die wohl am häufigsten vorkommenden sind die Glandulae anales — Analsäcke — zu nennen, die kurz innerhalb der Afteröffnung ausmünden. Daran schließen sich die Perinealdrüsen. S. Gross hat bei vergleichend-anatomischen Studien über die männlichen Geschlechtsorgane der Säuger auch bei Cavia cobaya einen Perinealsack entdeckt, der bei beiden Geschlechtern vorkommt, und in den zwei mächtig ausgebildete Talgdrüsenkörper ausmünden. Dagegen erwähnt er den von Pinkus am Rückenende von Cavia cobaya aufgefundenen Drüsenkomplex nicht; wohl

Digitized by Google

aber hat Gross auf dem abgebildeten Sagittalschnitte des Perinealsackes von Cavia die Stelle der hier in Betracht kommenden Drüsenansammlung und den darumliegenden Haarwirbel angedeutet.

Die den Drüsenkomplex ausmachenden vergrößerten Einzeldrüsen münden entweder direkt an einer bestimmten Hautstelle, dem sogenannten Drüsenfelde, oder, was meistens der Fall ist, an einer nackten bzw. be-

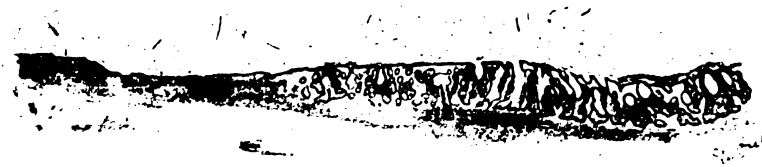


Fig. 1.
Der Drüsenkomplex. Übersichtsbild bei schwacher Vergrößerung.

haarten Einsenkung der Haut, wodurch nach außen mehr oder weniger offene Drüsensäcke entstehen, welche zum Teil ausstülpbar sind (Weber).

Entsprechend dem allgemeinen Aufbau der Drüsen handelt es sich entweder um eine Anhäufung rein tubulöser bzw. rein azinöser Drüsen oder um ein Gemisch beider Arten. Wir wollen für jede dieser Typen einige Beispiele anführen.

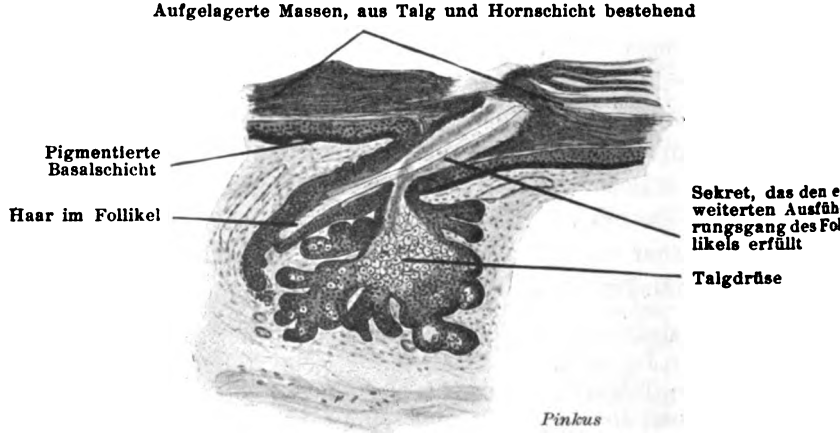


Fig. 2.

A. Rein azinöse Drüsenkomplexe.

An der Dorsalfläche des Schwanzes findet sich beim erwachsenen Fuchse — 5—6 cm hinter der Wurzel — eine Hautdrüse, welche schon 1848 von A. Retzius genau beschrieben worden ist. Die Bezeichnung „Viole" stammt von dem fettähnlichen Sekret, welches nach Violwurzel oder besser nach Byssus yolithus duftet, und das man durch Druck auspressen kann. Retzius unterschied zweierlei Drüsen: Große, etwas in

Digitized by Google

die Tiefe versenkte, dicht nebeneinanderliegende mehrlappige, welche den Hauptbestand der Viole ausmachen, und deren Ausführungsgänge die groben Haare bis an die Oberfläche begleiten, und einfachere kleine Drüsen, welche er für gewöhnliche Talgdrüsen hielt, die die kleinen Haare begleiten.

Dagegen konnte K. Toldt in der Mitte des Drüsenfeldes keine feineren Haare finden.

Toldt widerspricht auch der Ansicht von Retzius, daß die Violdrüse bei männlichen Tieren stärker entwickelt sei als bei weiblichen und in der Ranzzeit stärker als in den übrigen Monaten.

Bei Canis lagopus sind die betreffenden Verhältnisse die gleichen wie beim Canis vulpes.

Beim Wolfe findet sich wohl noch der beschriebene schwärzliche Fleck mit der veränderten Haarbildung; aber die Drüsen sind nur noch vereinzelt und spärlich gelappt und entbehren des spezifischen Violgeruches.

Bei den Hunden fehlt die Drüse vollständig. Doch dürfte der schwarze Fleck, welchen manche Hunde, besonders Schäferhunde, am Schwanze zeigen, als die letzte Spur einer solchen Drüse aus der phylogenetischen Entwicklung erhalten sein (Toldt).

B. Hautdrüsenanhäufung, die sich aus azinösen und tubulösen Einzeldrüsen aufbaut.

Schon lange bekannt und neuerdings von Brinkmann näher untersucht ist die median auf dem Hinterrücken liegende Drüse bei Dikotyles. Unter der Haut liegt ein großer Hohlraum — die Zisterne — in die sich das Sekret ergießt und durch einen zitzenförmigen Gang nach außen abgeführt wird. Unter der Zisterne liegt der Drüsenkörper, welcher in seinem Inneren aus Talgdrüsen und außen von tubulösen Drüsen gebildet wird. Die letzteren münden entweder frei auf der Oberfläche der Zisterne oder in eine der Mündungen der Balgdrüsen.

Leydig beschrieb bei Hasen und Kaninchen zur Seite von Penis und Klitoris eine haarlose Stelle, an der die Ausführungsgänge zweier ungeheuer entwickelten Talgdrüsen ausmünden. Mit dem Sekrete dieser Drüsen mischt sich das Sekret einer zollangen, unter den Talgdrüsen gelegenen Drüsenmasse, welche sich mikroskopisch als lange, verästelte, mit seitlichen Ausbuchtungen versehene Schläuche ausweisen und zahlreiche dünne Ausführungsgänge nach der genannten Hautstelle hinsenden.

C. Rein tubulöse Drüsenanhäufung.

Als Beispiel einer Anhäufung tubulöser Drüsen in der Haut nennt Pinkus das Achseldrüsenfeld des Menschen. Im Gegensatze zu den einfach tubulösen Drüsen der Haut handelt es sich hier um große, verzweigte Drüsenschläuche, deren Ausbildung bei Mädchen im 9. Jahre, bei Knaben in der Pubertät beginnt. Diese großen Achselschweißdrüsen sind im Unterhautbindegewebe gelegen und bilden eine fest zusammenhängende Platte von Hühnereigröße und 2—8 mm Dicke (Talke).

Digitized by Google

Dieses Achselhöhlenorgan kann jedoch nicht mehr, wie man bisher glaubte, als etwas dem Menschen Spezifisches angesehen werden, seitdem Brinkmann es auch beim Schimpansen und Gorilla nachwies, während es dem Orang-Utan und dem Gibbon fehlt, die auch in einer Reihe von anderen Charakteren dem Menschen fernerstehen.

Für die tubulösen Drüsen der Säugetiere läßt sich vielfach entwicklungsgeschichtlich nachweisen, daß diese Drüsen aus dem Follikelepithel entstehen und ihre Ausmündung erst allmählich an die Oberflächenepidermis heraufrücken (Pinkus, Wimpfheimer).

Das ist z. B. für die von Mollison beschriebene Rückendrüse von Dendrohyrax terricola der Fall. Diese Rückendrüse setzt sich aus einem Komplex tubulöser Einzeldrüsen zusammen. Die Drüsenknäuel, von denen mehrere zu einer Einzeldrüse gehören, stehen durch einen Haupttubulus mit dem Ausführungsgange im Zusammenhange. Während nun letzterer beim ausgewachsenen Tiere nach der freien Oberfläche hin sich öffnet, mündet er bei älteren Feten noch in den äußeren Teil eines Haarbalges aus.

Beim Menschen entwickeln sich die Schweißdrüsen im allgemeinen direkt aus dem Oberflächenepithel, es gibt jedoch beim Menschen ebenfalls Knäueldrüsen, bei denen die im Tierreiche vorhandenen Beziehungen zu den Haarfollikeln noch erhalten sind. So hat Alzheimer für die Ohrenschmalzdrüsen des Menschen nachgewiesen, daß beim Neugeborenen fast alle Ausführungsgänge dieser Drüsen in den Haarbalg ausmünden; daß bei Kindern von 8—12 Jahren noch die meisten Drüsen in das Haar direkt einmünden, daß beim Erwachsenen zwar nur noch ein kleiner Teil in den Haarbalg einmündet, daß aber die freien Ausmündungen alle in größter Nähe eines Haarbalges erfolgen. Ein gleiches Verhalten zeigen von den Knäueldrüsen noch die Mollschen Drüsen.

Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, alle bekannten Hautdrüsenkomplexe aufzuzählen und zu beschreiben. Es sei daher auf das Lehrbuch von M. Weber, „Die Säugetiere“ und die Monographie von H. Bab, „Die Talgdrüsen“ hingewiesen, welche eine erschöpfende Darstellung der bei den einzelnen Tierklassen sich vorfindenden Talgdrüsenanhäufungen und einen diesbezüglichen Literaturnachweis enthalten.

Es seien nur noch die Präputialdrüsen erwähnt, deren Sekret beim Biber in den Bibergeilsäcken das Kastoreum und beim männlichen Moschustier in den Moschusbeuteln den Moschus liefert (Weber).

Das Sekret aller dieser Drüsen zeigt außerordentliche Verschiedenheiten in bezug auf Farbe, Geruch, Zusammensetzung und Konsistenz. So beschreibt beispielsweise M. Weber eine Hautdrüse bei Halmaturus rufus, welche einen roten Farbstoff produziert.

Diesem Sekrete verdanken die Säugetiere ihren spezifischen Geruch. Die Gerüche dienen teils zur Verteidigung (Stinktiere), teils als Mittel der Erkennung untereinander, ganz besonders aber des Reizes, um die Geschlechter zusammenzuführen und zu geschlechtlichem Verkehr zu locken.

So sagt auch R. Hertwig: „Unter dem Einfluß des Geschlechtslebens entwickeln sich die Hautdrüsen, speziell die Talgdrüsen, an gewissen Stellen zu besonders energischer Tätigkeit und bilden ansehnliche Drüsenpakete und Drüsenbeutel.“

Digitized by Google

Wir wenden uns nunmehr zur Untersuchung der am Rückenende von Cavia cobaya gelegenen Drüsenansammlung.

Das Auffinden des Drüsenfeldes gelingt in jedem Falle leicht; man braucht nur den Haarwirbel aufzusuchen, welcher über der Steißbeinspitze gelegen ist und dadurch zustande kommt, daß die Rücken- und Seitenhaare des Tieres nach dieser Stelle hin konvergieren. Vor diesem Wirbel breitet sich — z. T. von den benachbarten langen Haaren überdeckt — das Drüsenfeld aus. Es ist auch daran leicht erkenntlich, daß hier die Haare und abgestoßenen Hornmassen durch anhaftendes fettiges Sekret miteinander verfilzt sind. Die Haare sind zudem dünner, spärlicher und kürzer als die in der Umgebung. Die Farbe des Drüsenfeldes ist bei weißen Tieren durch das anhaftende Sekret eine schmutziggelbe, bei dunkler gefärbten Tieren haben wir einen schwärzlichen Fleck. Die Form der Fläche ist eine ausgesprochene längs ovale. Die Größe des Drüsenfeldes wechselt je nach der Größe und dem Geschlecht des Tieres. So fand ich am lebenden Tiere bei einem 22 cm langen Männchen einen Fleck von 16 mm Länge und 9 mm Breite. Die entsprechenden Zahlen bei einem Weibchen von etwa derselben Größe und Färbung betrugen 10 und 6 mm.

Auch mikroskopisch fand ich die Drüsenanhäufung bei ausgewachsenen und männlichen Tieren in jedem Falle stärker als bei jungen und weiblichen Tieren. Es betrug z. B. die Breite des eigentlichen Drüsenfeldes bei einem männlichen Exemplare von 21 cm Größe ca. 8,5 mm; bei einem Weibchen etwa von gleicher Größe ca. 5 mm. Die Länge des Drüsenkomplexes beträgt bei einem ausgewachsenen männlichen Tiere ca. 12—14 mm. Die Dicke der Drüsenansammlung ist in der Mitte des Feldes am stärksten und nimmt nach der Peripherie hin sukzessive ab.

An der Unterfläche der abgezogenen Haut ist die Drüsenanhäufung nicht als eine Hervorragung sichtbar; dagegen kann man auf Schnitten, die man senkrecht zur Hautoberfläche legt, die Drüsen mit bloßem Auge als gelbe Pünktchen erkennen.

Es gelingt nicht, durch Druck auf die Drüsenstelle beim eben getöteten Tiere Sekret auszudrücken. Vielleicht ist dies zu Zeiten vermehrter Sekretion, wie in der Ranzzeit, möglich.

Es handelt sich mikroskopisch um eine mächtige Anhäufung von Haartalgfollikeln, bei denen freilich der Drüsenanteil den Haaranteil wesentlich übertrifft.

Dem Bau nach wird man an die Meiboomschen Drüsen erinnert. Auch diese sind, wie u. a. aus den Untersuchungen von F. Ask hervorgeht, als modifizierte Haardrüsen aufzufassen, die wir sogar ausnahms-

Digitized by Google

weise durch völlig ausgebildete Zilienfollikel ersetzt finden (Distichiasis congenita). Man muß sich vorstellen, daß die Bildung von Haar und Haarfollikel immer mehr gegenüber der mächtig zunehmenden Drüsenentwicklung zurücktritt, bis schließlich die letztere abgekürzt erscheint und direkt aus der Epidermis statt hat (Webber).

In unserem Falle ist jedoch, wie dies Serienschnitte lehren, noch stets ein Zusammenhang der Drüsen mit den Haaren nachweisbar.

Was im einzelnen den Bau der hier vorliegenden Drüsen betrifft, so sehen wir, daß etwa in Höhe des Follikelhalses die Epidermis, welche eine der Norm entsprechende Schichtung aufweist, ihre Horn- und Körnerschicht verliert; aus der äußeren Wurzelscheide gehen dann eine Reihe von Drüsenazini, um das Haar gruppiert, hervor. Der stärkste Anteil an Drüsen liegt auf der Seite, auf welcher das Haar mit der Hautunterfläche einen stumpfen Winkel bildet. Auf Querschnitten finden sich etwa 1 bis 4 Drüsen zu einem Haare zugehörend. Der eigentliche Azinus setzt sich zusammen aus einer Lage platter Zellen mit langen schmalen Kernen; dann kommen zentralwärts mehrere Lagen der eigentlichen Drüsenzellen, große polygonale Zellen, deren Protoplasma eine feine, netzförmige Zeichnung erkennen läßt. Der Kern liegt etwa in der Mitte der Zelle, ist rund oder länglich mit abgerundeten Ecken und enthält mehrere Kernkörperchen. Der Fundus der stark gelappten Drüsen ist breiter als der Abschnitt, welcher nach dem Ausführungsgange hin gelegen ist; letzterer zeigt ganz den Bau der Stachelschicht. Die Sekretbildung beginnt in den peripheren Zellschichten und nimmt in den nach dem Lumen hin gelegenen Zellen zu. Je weiter die Sekretbildung voranschreitet, um so intensiver wird die Färbung mittels Eosin. Bei der Fettfärbung mit Sudan sieht man im Zellinnern feinste Tröpfchen auftreten, die an Zahl und Größe zunehmen, zusammenfließen, bis schließlich die ganze Zelle davon erfüllt ist. In einem weiteren Stadium gehen die Kerne zugrunde; die Konturen der Zellen erscheinen immer verschwommener, als wenn das Fett über sie hinwegginge, bis schließlich nur noch eine leuchtende amorphe Masse zurückbleibt. Gerade an den Stellen, wo die Zellkerne dem Auge unsichtbar werden, sieht man fast regelmäßig schwarze Körnchen in kleinen Haufen beisammen liegen. Bab hat wohl recht, wenn er diese Körnchen als die Reste des zugrunde gegangenen Zellkerns auffaßt. Das zusammengeballte Sekret schiebt sich in den mächtig erweiterten Haarbalg aufwärts und entfaltet sich mehr und mehr, je größer der ihm zur Verfügung stehende Raum wird. Die dicke Sekretschicht, welche auf der Oberfläche der Haut liegt, bildet mit dem in den Follikeltrichtern lagernden Sekret eine einzige zusammenhängende Masse. Auf Schnitten parallel zur Hautoberfläche sieht die Haut des Drüsenfeldes

Digitized by Google

wie ein Sieb aus, dessen Löcher den stark erweiterten Follikeln entsprechen, die massenhaft Sekret und teilweise Haare enthalten.

Während aber normalerweise die Haare den Haartrichter ziemlich ausfüllen, tritt hier das Haar in dem stark erweiterten und mit Sekret vollgepfropften Follikel an Bedeutung ganz zurück, gleichsam „als ob das Härchen in den Ausführungsgang der Drüsen auszumünden scheint" (Stricker). So steckte beispielsweise ein Haar von 0,014 mm Dicke in einem 0,136 mm breiten Haarbalge. Die umfangreichen Drüsenkörper sind so dicht aneinander gelagert, daß sie die Kutis bis auf eine schmale bindegewebige Zwischenschicht fast völlig verdrängen. Die elastischen Fasern, welche in der Pars papillaris cutis ein reichliches Flechtwerk parallel zur Oberfläche bilden, umspinnen auch die einzelnen Drüsenlappen mit feinen Ausläufern.

Wir haben es also dem Bau nach mit einer reinen Talgdrüsenbildung zu tun. Der Unterschied der hier vorliegenden Drüsen gegenüber den einfachen Talgdrüsen liegt nur in ihrer mächtigen Entwicklung und Lappung.

Über die Drüsenhaare.

Die Haare, — besonders die groben — welche in der Nachbarschaft des Drüsenfeldes liegen, haben nur kleine, knopfförmige oder kurze birnenförmige Drüsenanlagen. In der Mitte des Drüsenfeldes kommen grobe Haare nicht vor. Peripherwärts finden sich dagegen zwischen den großen Drüsen auch vereinzelte grobe Haare eingestreut. Während bei einem 22 cm langen Tiere die Dicke der innerhalb des Drüsenkomplexes liegenden Haare 0,01—0,018 mm beträgt, sind die Haare der Nachbarschaft 0,022—0,045 mm stark. Die Länge eines solchen groben Haares — gerechnet von der Papille bis zum Austritt — beträgt 1,2—1,40 mm; die größte Tiefe des Drüsenkomplexes beträgt aber nur 0,4—0,7 mm: Der Drüsenkomplex ragt also nur halb so tief in die Kutis herab wie die benachbarten groben Haare; so ist es erklärlich, daß man an der Unterfläche der abgezogenen Haut von der eingelagerten Drüsenmasse nichts wahrnehmen kann.

Die Haare sind auf dem Rücken von Cavia cobaya in der Längsrichtung angeordnet; sie durchbohren die Haut in schrägem Verlaufe, indem ihr freier Teil mit der Oberfläche einen kaudalwärts offnen, spitzen Winkel bildet. Über ihre Stärke und Gruppierung sagt H. de Meiyere: „Am Rückenende fand ich die Haare in Gruppen von 6—7 Stück; sie sind von verschiedenem Kaliber; in der Mitte der Gruppe steht oft eins von 0,04—0,06 mm; weiter kommen Haare von 0,02—0,08 mm vor und auch feinere von 0,008; die Gruppen sind nicht immer scharf vonein-

Digitized by Google

ander getrennt." Ich selbst fand ebenfalls in der Nähe des Drüsenfeldes häufig Gruppen von 5—7 Stück; jedoch ist, wie ja auch H. DE MEIJERE betont, die Gruppenbildung keineswegs immer eine ausgesprochene. Innerhalb des Drüsenkomplexes selbst ist von einer Gruppenbildung nichts zu konstatieren.

Außerhalb des Drüsenfeldes stehen die Haare viel dichter beisammen als innerhalb desselben: So nimmt z. B. eine Gruppe von sechs kleineren und einem größeren Haare außerhalb des Feldes nur einen Raum von 0,5 mm ein, und eine Längsreihe von sieben Haaren streckt sich über 0,85 mm hin, während innerhalb des Drüsenfeldes dementsprechend sieben aufeinanderfolgende Haare ca. 1,6 mm beanspruchen. Die innerhalb des Drüsenfeldes vorhandenen Härchen halten, wie HESSE vermutet, den Ausführungsgang der Talgdrüsen für das zähe Sekret offen. BAB nimmt an, daß die Härchen noch die Funktion haben, die Reize der Außenwelt fortzuleiten und dadurch eventuell die Tätigkeit der Drüsen anzuregen.

Untersuchungsergebnisse bei Feten von Cavia cobaya.

Ältere Feten zeigen in der Gegend des späteren Drüsenfeldes eine kleine Einsenkung; auch mikroskopisch sah ich auf Querschnitten senkrecht zur Hautoberfläche diese Vertiefung. Genau unter ihr — über den Kaudalknorpeln — liegen ringförmige Epithelreste, die als kaudale Rückenmarksreste anzusprechen sind.

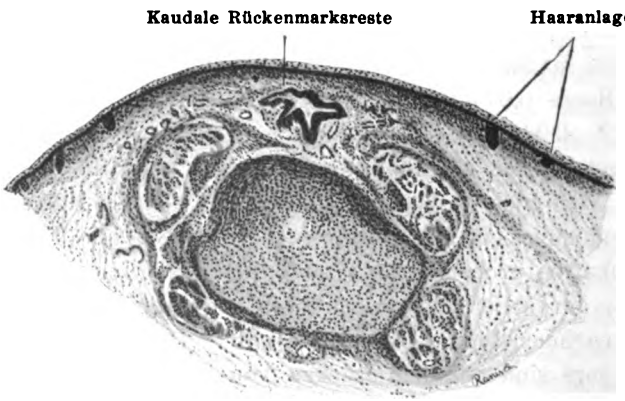


Fig. 3.
Fetus (5 cm Länge). Querschnitt.

Die Haare an diesen Stellen zeigen bereits Talgdrüsenknospen, während solche an den benachbarten Haaren noch völlig fehlen. An Sagittalschnitten von Feten derselben Länge sieht man, wie die um die betreffende Stelle herum liegenden Haare einen starken Wirbel bilden.

Digitized by Google

Bei jüngeren Feten (5 cm Länge) finden sich, wie Querschnitte lehren, an den Seitenteilen der Haut des Rückenendes bereits zahlreich verstreute Haarkeime.

Diese fehlen jedoch völlig in der Mitte der Steißgegend, welche etwa der Gegend des späteren Drüsenfeldes entspricht. Auch auf Sagittalschnitten fällt der Mangel an Haarkeimen in der Medianlinie der Steißgegend auf.

Die oben beschriebene grübchenförmige Einsenkung der Haut, wie ich sie bei älteren Feten fand, fehlt noch bei diesen Feten.

Es liegt nahe, die von Unger und Brugsch an menschlichen Embryonen gewonnenen Ergebnisse hier vergleichend in Betracht zu ziehen. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, daß das Ligamentum caudale, welches sich aus regressiven Prozessen am Schwanze des menschlichen Embryo herleitet, eine konstante Verbindung mit

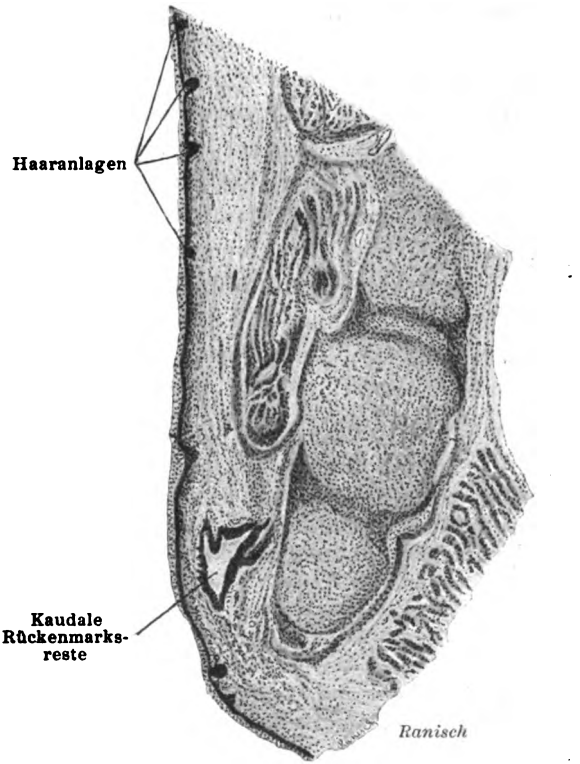


Fig. 4.
Fetus (5 cm lang). Sagittalschnitt.

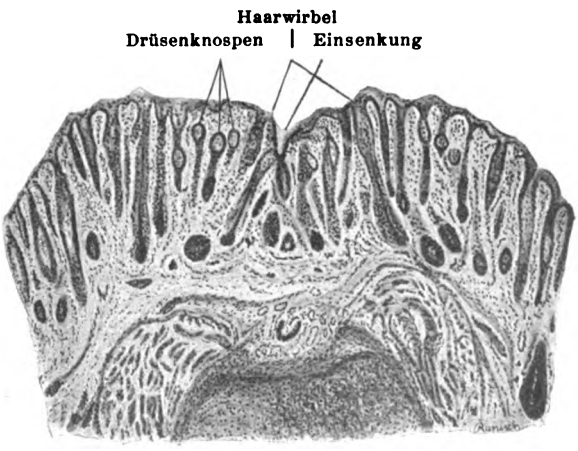


Fig. 5.
Älterer Fetus. Querschnitt.

Digitized by Google

der Haut behält. Wenn nun die umgebenden Weichteile sich stärker entwickeln, so entsteht äußerlich über der Ansatzstelle des Ligamentum caudale an der Haut eine Einsenkung, Fovea coccygea genannt.

Die Ansatzstelle des Ligamentum caudale bleibt frei von Haaranlagen, und nach dem Grübchen hin tritt eine stärkere Konvergenz der Haare ein, so daß ein wirklicher Wirbel bei der Fovea coccygea zustande kommt.

Bezüglich der Funktion des in Rede stehenden Drüsenkomplexes geht man wohl nicht fehl, wenn man ihn den akzessorischen Geschlechtsdrüsen zurechnet; hierfür spricht auch die Tatsache, daß er bei geschlechtsreifen, männlichen Exemplaren am stärksten entwickelt ist.

Was die von Pinkus provisorisch gebrauchte Bezeichnung als „Steißdrüse" betrifft, so wird man wohl besser davon Abstand nehmen, weil die Nomenklatur bereits eine Glandula coccygea (Luschka) kennt; ich möchte statt dessen den Namen Glandula caudalis wählen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Pinkus für die gütige Unterstützung bei der Abfassung meiner Arbeit und für die eigenhändig nach meinen Präparaten gefertigten Bilder verbindlichsten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Alzheimer, Über die Ohrenschmalzdrüsen. Diss. Würzburg, 1888. — 2. F. Ask, Über die Entwicklung der Lidränder, der Tränenkarbunkel usw. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1908. — 3. H. Bab, Die Talgdrüsen usw. Festschr. f. Senator, 1904. — 4. A. Brinkmann, Die Rückendrüse von Dicotyles anat. Hefte, 36. Bd., Wiesbaden 1908. — 5. A. Brinkmann, Über das Vorkommen von Hausdrüsenorganen bei anthropomorphen Affen. Anat. Anzeiger, 34. Bd., Jena 1909. — 6. Disselhorst, Die akzessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbeltiere. Wiesbaden 1897. — 7. S. Gross, Über den Perinealsack bei Cavia cobaya usw. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, 78. Bd., 2. — 8. S. Gross, Beiträge zur Anatomie des akzessorischen Geschlechtsdrüsen der Insektivoren und Nager. Arch. f. mikroskop. Anat., 1905, Bd. 66. — 9. R. Hertwig, Lehrb. d. Zoologie, Jena. — 10. Hesse, Zur Kenntnis der Hautdrüsen und ihrer Muskeln. Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgesch., 1877, Bd. 2. — 11. Leydig, Zur Anatomie der männlichen Geschlechtsorgane und Analdrüsen der Säugetiere. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, 1850, Bd. 2. — 12. J. H. de Meiyere, Über die Haare der Säugetiere. Leipzig 1894. — 13. Th. Mollison, Die Rückendrüse von Dendrohyrax terricola. Morph. Jahrbücher, 1905. — 14. F. Pinkus, Die Entwicklungsgeschichte der Haut im Handbuch d. Entwicklungsgesch. d. Menschen, S. Hirzel. — 15. F. Pinkus, Die Steißdrüse des Meerschweinchens. Derm. Ztschr., Bd. 17. — 16. A. Retzius, Über eine eigentümliche Drüsenbildung bei mehreren Arten Canis. K. Vetensk. Ac. Haude f. år 1848, Abt. II, Stockholm 1849. — 17. Talke, Über das Achseldrüsenorgan des Menschen. Arch. f. mikroskop. Anat., 1903, Bd. 62. — 18. K. Toldt, Studien über das Haarkleid von Vulpes vulpes nebst Bemerkungen über die Violdrüse, Wien, Hölder 1907. — 19. Unger und Brugsch, Fovea und Fistula sacrococcygea s. caudalis und zur Entwicklung des Lig. caudale beim Menschen. Arch. f. mikroskop. Anat., 1902, Bd. 61. — 20. M. Weber, Die Säugetiere. G. Fischer, Jena. — 21. K. Wimpfheimer, Zur Entw. der Schweißdrüsen usw. Meckel u. Bonnet. Anat. Hefte, 1908, Bd. 34.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Aus dem Ost-Krankenhause, Berlin. (Dirig. Ärzte: Prof. Dr. E. Kromayer und Dr. von Chrismar.)

Über das Overlachsche Trivalin.

Von

Dr. Oswald Berneker, Abteilungsarzt.

In der neueren Zeit hat sich die Therapie vielfach der Kombination verschiedener wirksamer Substanzen wieder zugewandt, und es haben sich hierbei überraschende Resultate gezeigt, indem die Wirkungen der einzelnen Komponenten sich bisweilen nicht nur summieren, sondern eine potenzierte Gesamtwirkung ergeben. Von besonderem praktischem Interesse sind solche Gruppen von Medikamenten, die die gelegentlich auftretenden unangenehmen Nebenwirkungen unersetzlicher Heilmittel vermeiden. Zu dieser Kategorie gehört auch das Trivalin, mit dessen Herstellung Overlach, der Schöpfer des seinerzeit zu rascher Aufnahme gelangten Migränins, die zum Glück seltenen, bisweilen aber sehr ernsten Nebenwirkungen des Morphins aufzuheben hoffte. Daß ein Bedürfnis vorliegt, die Wirkung des Morphins zu verbessern, beweisen die immer wieder auftretenden Ersatzprodukte, von denen zurzeit wohl das Pantopon, ein Aggregat verschiedener Opiumalkaloide, die weiteste Verbreitung gefunden hat.

Das Trivalin gesellt dem Morphin die sedative Wirkung der Isovaleriansäure und soll durch seinen Gehalt an Kokain und Koffein die lähmende Wirkung desselben aufheben[1]). Alle drei Alkaloide sind darin an Isovaleriansäure gebunden.

Auf Anregung von Hrn. Prof. Kromayer wurde Trivalin im Ost-Krankenhause an 53 Fällen erprobt; dem Charakter des Krankenhauses entsprechend handelte es sich meist um durch Erkrankungen im Bereiche der Genitalsphäre bedingte heftige Schmerzzustände, Epididymitiden und Funikulitiden, perakute Prostatitiden, Spermatozystitiden, Polyarthritis gonorrhoica. Naturgemäß handelte es sich vorwiegend darum, den Kranken eine ungetrübte Nachtruhe zu verschaffen. Bei nicht zu heftigen Schmerzen trat nach subkutaner Injektion von nur $^1/_2$ ccm (= 0,009 Morphin. valerian. + 0,00185 Coffein. valerian. + 0,0025 Cocain. valerian.) nach einer halben bis einer ganzen Stunde ruhiger Schlaf ein, der 5—6 Stunden anhielt. Patienten, die während dieser Zeit erwachten, empfanden nur geringe Schmerzen und schliefen bald wieder ein. Am Morgen erwachten die Patienten durchweg ohne Eingenommenheit des Sensoriums; eine leichte Euphorie, die namentlich bei den oft ganz verzweifelnden, von Schmerzen geplagten Epididymitikern mit Freude zu begrüßen war, hielt noch in den Vormittagsstunden an. Erbrechen beobachteten wir in keinem Falle; nur ein Neurastheniker, der jeder Medikation großes Mißtrauen entgegenbrachte, klagte am nächsten Morgen nach subkutaner Injektion von $^1/_2$ ccm über Übelkeit. Nach einigem Zureden ließ er sich indessen am folgenden Abend zu einer zweiten Injektion, diesmal von 1,0 ccm, bewegen, die er ohne jede Störung vertrug. Die Dosis von 1 ccm, die wir bei exzessiven Schmerzzuständen anwandten,

[1]) Näheres s. Overlach, Trivalin, Zentralbl. f. inn. Medizin, 1912, Nr. 18.

Digitized by Google

wurde nicht überschritten. Sie bewirkte in 3 Fällen, in denen sie bei äußerst schmerzhafter Epididymitis auch in den Vormittagsstunden gegeben wurde, vier- bis fünfstündigen Nachlaß der Schmerzen, verbunden mit starker Beruhigung und leichter Müdigkeit. In 10 Fällen wurde die Injektion von 1 ccm am folgenden Tage wiederholt, ohne daß eine Abnahme der Wirkung eintrat.

Auf Grund unserer Erfahrungen glauben wir, das Trivalin wegen seiner prompt einsetzenden analgetischen und sedativen Wirkung und wegen des konstanten Fehlens von Nebenerscheinungen zur Nachprüfung empfehlen zu dürfen. Auch der Name, der den Anklang an das für viele Patienten ominöse Wort „Morphin" meidet, dürfte bei vielen Fällen, bei denen Narkotika unentbehrlich sind und schon vielfach angewandt wurden, dem Trivalin einen Wirkungskreis sichern.

Versammlungen.

V. Italienischer Kongreß für Pellagraforschung.

Bergamo, 9.—11. September 1912.

Antonini und Gosio referieren über die **Ätiologie der Pellagra.** Sie sind der Ansicht, daß noch keine genügenden Gründe vorliegen, um die alte ätiologische Maistheorie zu verlassen und einer der drei neuen Hypothesen, das heißt derjenigen von Sambon (nach welcher die Krankheit durch ein Protozoon bedingt wirkt, der durch ein Simulium auf den Menschen übertragen wird), oder von Alessandrini (der die Krankheit auf eine Filaria zurückführt), oder von Tizzoni (der den Erreger der Pellagra in einem Streptobazillus suchen will) beizupflichten.

Terni ist zwar ein Anhänger der Maistheorie, jedoch nur im Sinne, daß die Maiskost nur ein prädisponierendes Moment darstellt; der Ausbruch der Krankheit ist auf eine Infektion zurückzuführen, wahrscheinlich bedingt durch den Tizzonischen Streptobazillus, welcher in dem durch die Maiskost prädisponierten Organismus einen günstigen Entwicklungsboden findet.

Fiorani berichtet über 100 Pellagrafälle, in denen auf den Tizzonischen Streptobazillus gefahndet wurde. In 17 Fällen ergab das Blut der Patienten ein positives Resultat; in anderen Fällen waren die Ergebnisse unsicher, sprachen aber nicht durchwegs gegen die Hypothese Tizzonis. In den typischen Fällen von Pellagra kann man aus dem Blute Bakterien isolieren, deren morphologischer Charakter von denjenigen der bisher bekannten Bakterien abweichen.

Tizzoni hat in den von ihm sorgfältig untersuchten und kontrollierten Fällen 91 mal den von ihm beschriebenen Streptobazillus im Blute oder in der Zerebrospinalflüssigkeit kulturell nachgewiesen. In den Fäzes konnte er den Keim neunmal nachweisen. Früher gelang ihm der Nachweis des Keimes nur bei schweren Pellagraformen; kürzlich ist es ihm, durch Modifizierungen der Technik, gelungen, den Keim auch in leichten Fällen nachzuweisen. Das Blutserum der Pellagrakranken weist oft ein Agglutinationsvermögen auf dem aus dem Blute der Pellagrösen isolierten Keim auf.

Tizzoni behauptet die Einheitlichkeit und Spezifizität des von ihm isolierten Keimes. Seine Auffassung des Infektionsprozesses ist folgende: Zuerst bildet sich ein Infektionsherd im Darme; von hier geht der Keim zu einer bestimmten Zeit in das Blut über, und es tritt eine immunitäre Reaktion seitens des Organismus ein, welche ein vorläufiges Latentsein der Krankheit zur Folge hat; später kann unter dem Einfluß ver-

Digitized by Google

schiedenartiger Faktoren das immunitäre Material ausfallen und die Krankheit zum regelmäßigen Ausbruch kommen.

Perromito konnte, obwohl er zahlreiche Fälle untersuchte, nie den Tizzonischen Streptobazillus aus dem Blute oder aus der Zerebrospinalflüssigkeit isolieren. Seines Erachtens war es bisher unmöglich, die Existenz von für den Pellagrastreptobazillus spezifischen Immunitätsreaktion nachzuweisen; den in einzelnen Fällen von Tizzoni beobachteten Agglutinations- und Präzipitationsreaktionen kann man keinen großen Wert beilegen. Er betrachtet die Maiskost als den Haupt- und die Armut als einen weiteren wichtigen Faktor in der Ätiologie der Krankheit.

Bravetta spricht gegen die Tizzonische Hypothese. Die aus dem Blute von Pellagrakranken angelegten Kulturen bleiben, bei Anwendung einer sorgfältigen Technik, stets steril; wenn sich Keime entwickeln, so handelt es sich stets um gemeine Strepto- oder Staphylokokken, die auf Verunreinigung der Kulturen zurückzuführen sind.

Cesa-Biambi spricht der Hypothese Tizzonis jeden Wert ab. Seine Untersuchungen fielen stets negativ aus.

Bezzola konnte in drei Fällen von schwerer Pellagra den Streptobazillus in der Zerebrospinalflüssigkeit nicht nachweisen. Er konnte hingegen nachweisen, daß die ausschließliche Maiskost für Meerschweinchen ungenügend ist und die Entstehung von Läsionen der Haut, des Magendarmtraktus und zuweilen der Niere zur Folge hat, die mit denjenigen identisch sind, welche Tizzoni bei mit dem Streptobazillus infizierten und zum Teil mit Mais gefütterten Meerschweinchen beobachtete.

Man schreitet zur Diskussion über **die Existenz eines Zustandes von Überempfindlichkeit der Pellagrösen gegen Maisextrakte.**

Volsino behauptet, daß die subkutane Einspritzung kleiner Mengen wässerigen Extraktes aus verdorbenem Mais bei Pellagrakranken das rasche Auftreten allgemeiner (Fieber) und lokaler (Schmerz, Rötung) Erscheinungen bedingt, bei Nichtpellagrösen hingegen keine Symptome hervorruft. Die Extrakte aus gesundem Mais sind in dieser Beziehung wirkungslos.

Cesa-Biambi nimmt ebenfalls die Existenz einer Überempfindlichkeit der Pellagrakranken gegen die Maisextrakte an; hält aber diese Erscheinung nicht für spezifisch; er beobachtete sie nicht nur bei Nichtpellagrösen, sondern auch bei Gesunden, die gewohnheitsmäßig Mais verzehren, und nicht nur nach der Einspritzung von Extrakt aus verdorbenem, sondern auch infolge der Injektion von Extrakt aus gesundem Mais.

K. Rühl-Turin.

84. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster i. W.

vom 15.—21. September 1912.

Abteilung 28: Dermatologie und Syphilis. 1. Sitzung vom 16. September.

Vorsitzende: Schiff-Wien, v. Petersen-St. Petersburg.

Kromayer-Berlin: **Ursache und Behandlung des gewöhnlichen Haarausfalles** (Alopecia pityrodes). Nach K. tritt eine leichte Entzündung der Papillen ein, wodurch der Haarwechsel beschleunigt wird und nach und nach zur Atrophie der Papillen führt. Die Ätiologie ist unbekannt, vielleicht nervöser Art, sicherer aber allgemeiner Art. Durch Hut, Helm usw. kann die Haut nicht ventilieren, es tritt ganz allmählich eine Schädigung der Kopfhaut ein. K. ist für allgemeine Behandlung durch Waschen und Reinigen. Mit einem von ihm erfundenen „Haarglittel" wendet er mit gutem Erfolge an Sulf. praecip. 20,0, Spir. vini 70,0, Glycerini ad 100,0 oder trocken Sulf. praecipitati 20,0, Amyli oryzae 70,0, Tannoform ad 100,0.

Digitized by Google

E. Hoffmann-Bonn und Müller-Metz halten das feste Anliegen der Kopfbedeckung bei Männern häufig für die Ursache der Erkrankung, wodurch eine Herabsetzung der Blutzirkulation eintritt (Ther. d. Gegenw., Okt. 1912).

Schiff-Wien hält die allgemeine Ernährung für wesentlich und will deshalb hauptsächlich allgemeine Behandlung. Eisen und Arsen unterstützen die lokale Anwendung von einfacher Brillantine oder Fettstift außerordentlich.

Schiff-Wien: **Über Errichtung von Radiumstationen in öffentlichen Krankenanstalten.** Die Therapie mit Radium soll nur von erfahrenen Radiologen angewandt werden, da Radium für die Kranken manche Gefahren mit sich bringen kann.

Wichmann-Hamburg: **Erfahrungen mit dem Radiumersatzpräparat „Mesothorium".** Dies ist viel billiger und leistet dasselbe wie Radium. Von 112 Fällen von Lupus vulgaris hat Vortr. 44 mit Mesothorium allein geheilt. Demonstration vieler Photographien erfolgreich behandelter Fälle von Lupus erythematosus, chronischem Ekzem, hartnäckigen Psoriasisplaques, Karzinomen usw. Schwer ist die Dosierung, da Mesothor in der Intensität steigt und fällt.

Die Diskussionsredner sind mehr für Radium und wollen von Ersatzpräparaten nicht viel wissen.

Hesse-Düsseldorf: **Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra.** (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

2. Sitzung, 17. September. Vorsitzender: Fabry-Dortmund, E. Hoffmann-Bonn.

Delbanco-Hamburg: Klinische und anatomische Mitteilungen. **1. Zur Histologie der experimentellen Kaninchensyphilis.** (Untersuchungen gemeinsam mit Dr. F. Graetz-Hamburg.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.

2. Sklerom beim Erwachsenen — eine Folge gestörter innerer Sekretion der Ovarien. D. berichtet über ein 23jähr. Mädchen, dessen Gesicht und obere Rumpffläche einschließlich der Arme von einem harten Ödem befallen waren. Alle inneren Organe gesund. Seit sechs Jahren besteht der schwere Zustand. Menstruation war mit Ausnahme weniger Male, wo sie nur angedeutet war und dem ersten Eintreten im 14. Lebensjahre, stets ausgeblieben. Es zeigten sich bedeutende Veränderungen der Sexualorgane; monatelange Behandlung durch Dilatation der Zervix, Johimbin, Ovarigentabletten erzeugte mehrmalige geringe Menses und Besserung des Allgemeinzustandes. Die angioneurotischen Störungen der Haut gingen parallel mit der gestörten Tätigkeit der Ovarien.

3. Die Entstehung der Maculae caeruleae. Chemische Untersuchungen an den mit reichlichen Pediculis und Nissen bedeckten Schamhaaren und an den Flecken haben D. zu keinem Ergebnis geführt. Vor allem keine Reduktion des Oxyhämoglobins zu Hämoglobin mittels des Preßsaftes der verriebenen Haare (Dr. Schumann-Hamburg). Tièche betont, daß ein stark erregbares Nervensystem zu den Flecken disponiere. Auch D.s Patient hatte eine ungemein erregbare Haut. Er stellt die Hypothese zur Diskussion, daß wir es mit keiner Farbstoffbildung resp. Ausscheidung zu tun haben, sondern mit einer Zirkulationsstörung. D. denkt an eine vorübergehende Schädigung der elastischen Fasern durch Absonderung der Pedikuli bzw. durch das von ihnen gesetzte Trauma.

J. Müller-Wiesbaden: **Die Wassermann-Reaktion der Spätlues.** M. erinnert daran, daß man bei Spätfällen nie die Psyche des Kranken vergessen dürfe und vorher über die Bedeutung des negativen und positiven Ausfalles in geeigneter Weise Aufklärung geben müsse. Er empfiehlt bei negativem Ausfall viermalige Wiederholung innerhalb zweier Jahre. Bei positivem Ausfall pflegt M. eine individuelle Quecksilber-

Digitized by Google

Jodkur anzuwenden in Verbindung mit physikalischen Methoden (Thermalbäder usw.) zur Erhöhung des Stoffwechsels und zur Mobilisierung des Syphilisvirus. Auf diese Weise wurden 80% durch eine Kur negativ. Er ist auch bei diesen Fällen für eine intensive intermittierende Behandlung für mindestens 2 Jahre.

Es entspinnt sich eine lange, lebhafte Diskussion über Wesen der WASSERMANN-Reaktion und Einfluß des Ausfalles auf den Heiratskonsens. An derselben beteiligen sich STERN-Düsseldorf, FABRY-Dortmund, BERING-Kiel, E. HOFFMANN-Bonn, DELBANCO-Hamburg, STÜHMER-Magdeburg und STICKER-Berlin. Für DELBANCO bedeutet die WR. ein noch ganz offenes Problem. Deshalb will er nur ganz vorsichtige Konsequenzen aus ihr ziehen. Der positive Ausfall besagt ihm nur, daß der Körper mit dem Syphilisvirus in Verbindung war oder ist. Ausschließlich ein diagnostischer Wert kommt ihr zu, und sie ist kein prognostischer oder therapeutischer Wegweiser. Daß positiver Ausfall die Spirochäte voraussetzt, ist bislang durch nichts bewiesen. DELBANCO gibt ruhig den Heiratskonsens, wenn sonst die Bedingungen erfüllt sind, wie vor den Zeiten der Spirochäte und der WR.

E. HOFFMANN-Bonn sieht den positiven WASSERMANN als ein Symptom der Lues an. Er will aber trotzdem den Heiratskonsens erteilen, wie es in alter Zeit üblich war.

DELBANCO weist HOFFMANN auf seinen Widerspruch hin. Wenn er den positiven Ausfall als Symptom auffasse, dürfe er den Konsens auch nicht vor Negativwerden der WR. erteilen.

FABRY will größte Vorsicht walten lassen und überläßt die Verantwortung einzig und allein dem Patienten selbst.

STICKER glaubt, daß starker Alkoholgenuß den negativen Ausfall der WR. begünstige.

v. PETERSEN-St. Petersburg: **Die Verbreitung der Orientbeule in Turkestan.** v. P. hat 1911 eine Epidemie dieser Krankheit beobachtet. Träger der Infektion sind wohl hauptsächlich Wanzen und nicht Moskitos oder Mücken. Es wurde hauptsächlich die ärmere, schmutzige Bevölkerung, besonders Kinder, heimgesucht. — Demonstration von Photographien und Atlanten über Orientbeule.

v. PETERSEN demonstriert chromophotographische Diapositive von Leprakranken und Leprahäusern.

FABRY-Dortmund: Mikroskopische Präparate und Diapositive. 1. Epitheliom im ersten Anfang. 2. Exzidierte Narbe eines Kankroids nach Behandlung mit Kohlensäure. 3. Weißfleckenkrankheit und Sklerodermie. 4. Lichen ruber planus, verrucosus, simplex. 5. Pemphigus foliaceus.

LÖWENBERG-Düsseldorf: **Über Arsenkeratose und Epitheliom.** L. berichtet über zwei etwa 50jährige Psoriatiker. Der eine bekam geraume Zeit nach Abheilung seiner Psoriasis eine ausgedehnte Arsenkeratose mit nachfolgendem tiefem Geschwür an der Hand, ein papilläres Epitheliom malignen Charakters. Der zweite hatte nach protrahiertem Arsengebrauch ein etwa $1^1/_2$ Jahr bestehendes Geschwür in der rechten Hohlhand, dessen Heilung lange dauerte. Auch hier nimmt L. ein malignes Epitheliom an.

HEIDINGSFELD-Cincinnati: Sklerodermähnliches Epitheliom mit Diapositiven.

STRAUSS-Barmen: **Zur Chemotherapie der äußeren Tuberkulose, speziell des Lupus** (mit Lichtbildern). Vortr. schildert seine neue Behandlung des Lupus mit Kupferlezithin, das demnächst durch Bayer & Co. als Salbe und als Injektion in den Handel kommt. An der Hand von Lichtbildern und Photographien macht er auf die dabei erzielten Erfolge aufmerksam.

In der Diskussion kann u. a. FABRY aus Vortrag und Demonstration nicht den Ein-

Digitized by Google

druck gewinnen, daß diese Behandlungsweise mehr leiste wie andere Verfahren (Sublimat, Pyrogallol) und daß sie nicht gerade Bereicherung der Lupustherapie darstelle.

Strauss bemerkt, daß er das Wort „Heilung" nicht gebraucht habe und daß die Versuchszeit noch zu kurz sei; er habe bloß in objektiver Weise die bisherigen Resultate zeigen wollen. Er ladet die Versammlung nach Barmen ein, um das Material zu besichtigen.

Tecklenborg-Münster i. W.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 112, Heft 8, Sept. 1912.

Über einige für die Dermatologie anwendbare neue kolloide Präparate, von James Strandberg-Stockholm. Verfasser hat ein Jahr lang kolloide Lösungen von Schwefel, Teer, Naftalan und Lanolin zur Behandlung verschiedener Hautkrankheiten erprobt und ist mit den Resultaten im allgemeinen zufrieden. Infolge der geringen Körnergröße in der Kolloidlösung erhalten die Mittel ein größeres Penetrationsvermögen und damit eine kräftigere Wirkung. Über Erwarten gute Resultate sind mit Schwefelpräparaten in mehreren Fällen verschiedener impetiginöser Hautleiden erzielt worden.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 15, Nr. 12, Sept. 1912.

Klinischer und experimenteller Beitrag zum Studium der Immunität bei Syphilis tarda mit besonderer Berücksichtigung des auslösenden Einflusses vom Trauma in der Latenzzeit, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Eine Frau von 40 Jahren hatte bei einem Fall von der Treppe zahlreiche Kontusionen an Armen, Beinen und Rücken davongetragen und bekam, während alle anderen Kontusionsstellen schwanden, am rechten Bein gummöse Ulzerationen. Die Frau hatte vor 18 Jahren sich infiziert, hatte nacheinander zwei Aborte gehabt und etwa $1^1/_2$ Jahre lang Quecksilberkuren unregelmäßig durchgemacht, weiterhin sich aber für geheilt gehalten, da sie keine weiteren Störungen hatte. Bei dieser Frau nahm der Verfasser am Arm eine Inokulation mit einem Stückchen Primäraffekt einer anderen Patientin vor. Die Virulenz des Materials wurde durch positiven Ausfall von Impfskarifikationen an der Skrotalhaut eines Kaninchens erwiesen. An der Inokulationsstelle entstand eine Ulzeration, die das Bild eines Initialsyphiloms bot, aber in ihrem Verlaufe und im Fehlen jeder Drüsenbeteiligung eine Bestätigung der Versuche von Finger und Landsteiner, Queyrat und Pinard ergab, daß nämlich der anatomische Charakter des von dem exogenen Virus erzeugten Krankheitsprozesses wesentlich bestimmt wurde durch das Stadium, in welchem sich die geimpfte Kranke befand.

Daß von den vielen Kontusionen der Patientin nur eine mit einer gummösen Manifestation reagierte, erklärt Verfasser damit, daß sehr wahrscheinlich nur an dieser bestimmten Stelle die nötigen Bedingungen bestanden, unter welchen das Trauma einen wiedererweckenden Einfluß auf ein latentes Syphilid ausüben konnte, mit anderen Worten, an jener Stelle des Beines kam das Trauma dazu, die Aktivität von Spirochäten zu erwecken, welche lange Zeit in einem alten, scheinbar geheilten Herde verborgen geblieben waren.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

Bd. 53, Heft 3, 1912.

Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Enesolinjektionen, von Michelangelo Agamennone. Der Verfasser behandelte 53 Fälle auf diese Weise. Das Enesol ist bekanntlich ein Doppelsalz von Hg und As und enthält 3,846 % Hg und 1,440 % As. Es ist in 2 ccm haltigen Ampullen in 3%iger Lösung im Handel. Der Kubikzentimeter enthält also 0,0115 % Hg und 0,0043 % As. Der Gang der Behandlung ist folgender: Es wird mit einer Serie von 10—12 intravenösen Injektionen mit folgenden Dosen begonnen: 1—1,50—1,50—2—2—2—2,5—3—3—3—3,50—4 ccm. Letztere Dosis wird nie überschritten. Nach einer Ruhepause von 5—6 Tagen je nach der Schwere des Falles und dem erhaltenen Resultat wird eine neue Serie von intravenösen oder intramuskulären Enesolinjektionen — letztere in viel höherer Dosis — und desgleichen eine dritte und vierte verabreicht, bis eine Gesamtdosis von 0,03 pro Kilogramm Körpergewicht erreicht ist. Diese Gesamtdosis kann mit keinem der üblichen Quecksilberpräparate ohne schwere Intoxikationserscheinungen erreicht werden. Nach den Untersuchungen des Verfassers wird eine intravenöse Injektion von 4 ccm bereits in fünf Tagen, eine intramuskuläre bereits in 8 Tagen vollständig eliminiert. Weder schwere Stomatitis noch Nierenkomplikationen wurden je konstatiert. In 5 Fällen wurden äußerst günstige Resultate mit dieser Methode erzielt, wo Salvarsan entweder ganz unwirksam geblieben war, oder doch die an dasselbe geknüpften Erwartungen nicht erfüllt hatte.

In ihrem Innern eine Talgdrüse enthaltende Kinnhaare, von S. Giovannini. Ist in Nr. 40 dieser Wochenschrift in deutscher Sprache erschienen.

Sarcoma fusi-gigantocellulare der Haut, von A. Pasini. Es handelte sich um das isolierte Auftreten eines Knötchens in der Haut des linken Oberschenkels einer 23jährigen Frau. Dasselbe nahm in der Aponeurose seinen Ursprung, rezidivierte zweimal nach Exzision und heilte erst nach weitgehender Umschneidung im Gesunden. Es hatte Sarkomstruktur und bestand aus kleinen und großen fusiformen, mono- und polynukleären und großen Zellen mit stark chromatinhaltigen Kernen, wie sie die Riesenzellen des Knochenmarks aufweisen, und nahm die Kutis und Subkutis ein.

Ein Fall von Acanthosis nigricans, von Giovanni Cavagnis. Kasuistischer Beitrag. Der Fall gehört in die Gruppe der jugendlichen Formen, mit langsamem, benignem Verlauf. Er begann schon in frühester Kindheit und war nie von Organstörungen begleitet.

Prurigo und Leukämie, von Mario Copelli. Bei einer 30jährigen Frau fand sich eine chronische Erkrankung, welche charakterisiert war durch in zyklischem Verlauf auftretende Fieberperioden mit Milz- und Drüsenhyperplasie, leicht anämischem Zustand (Mycloadenia sublymphatica), und von einer äußerst heftiger Prurigo chronica begleitet war. Die Blutuntersuchung ergab eine leichte Vermehrung der weißen Blutkörperchen und eine starke Veränderung der Leukozytenformel zusammen mit dem Vorkommen von unreifen Formen. Die aus der Literatur angeführten Fälle sowie der mitgeteilte beweisen, daß es sich nicht um ein Vorkommen von zwei verschiedenen Krankheiten bei einem Individuum, sondern um einen zusammengehörigen Symptomenkomplex handelt.

Inokulationen von filiformen Warzen, von Giuseppe Tuccio und Carlo Coppolino. Weiche, filiforme Warzen der Halsgegend im Barte wurden exzidiert, zerrieben und in physiologischer Kochsalzlösung emulgiert, die Emulsion sodann auf skarifizierte Stellen anderer Individuen übertragen. In 5 Fällen gelang die Übertragung nach einer Inkubation von mehreren Monaten.

Digitized by Google

Bd. 53, Nr. 4, 1912.

Einige experimentelle Untersuchungen über die lokalen und allgemeinen Veränderungen nach Salvarsangebrauch, von Lodovico Tommasi. Welche Methode man auch immer für die intramuskulären Salvarsaninjektionen anwendet, immer bestehen die durch das Mittel gesetzten Veränderungen in einer Nekrose aller Gewebsschichten, welche durch die kaustische und reduzierende Wirkung desselben und die stark saure oder alkalische Reaktion der injizierten Flüssigkeit zustande kommt. Hingegen ist die irritierende Wirkung des Medikaments auf die Gewebe nur gering und desgleichen die positive Chemotoxis auf die Blutelemente; infolgedessen ist die lokale Leukozytose ebenfalls nur gering. Die nekrotisierende Wirkung wird auch auf die Leukozyten selber, die mit dem Salvarsan in Kontakt kommen, ausgeübt: sie werden stark verändert. In der Umgebung der Nekrose übt es auf die Gewebe, welche nicht in direktem Kontakt mit dem Salvarsan sind, nur eine degenerative Wirkung aus. Hier verfallen die Muskelfasern bald einer Kalkinfiltration. Experimentell erzeugte der Verfasser durch Salvarsaninjektion in die Nähe des Ischiadikus des Kaninchens, aber ohne direkt damit in Kontakt zu kommen, eine Entzündung der Nerven, welche auch bei ganz normalem Befund des den Nerven umgebenden Gewebes nachzuweisen war. Es ist dies eine wahre elektivtoxische Wirkung. Kaninchen, die mit hohen Salvarsandosen gespritzt wurden, starben an Nephritis und Kongestion der Hauptorgane.

Paraurethrale Kanäle — Paraurethritis und paraurethrale Knoten, von De Napoli Ferdinando. Ein Fall von Paraurethritis der Eichel mit einem nach außen kommunizierenden Kanal und zwei Fälle von Paraurethritis der Präputimus, innen blind endend, mit nicht ulzeriertem paraurethralem Knoten.

Über einen Fall von Blastomykose, von Mario Copelli. Es handelte sich um einen Fall von Blastomykose des Zungenrückens bei einer 55jährigen Frau, bei welcher die Differentialdiagnose mit Tuberkulose, Lues, Ätinomykose, Papillom und Karzinom äußerst schwierig war. Außer dem Knoten des Zungenrückens fanden sich kleine Ulzerationen an den Zehen des linken Fußes und eine hyperkeratotische Verdickung in der Kalkaneusgegend, welche bei Entfernung der Hornmassen leicht blutete. Mikroskopisch konnten in 20%iger Kaliumlauge viele runde und ovale, stark leuchtende Körperchen gefunden werden und aus allen Läsionen ließen sich leicht Kolonien von Blastomyzeten auf Sabouraudschen Nährboden züchten. Es gelang auch, experimentell dieselben Läsionen an Meerschweinchen und Kaninchen, sowie in drei Fällen am Menschen zu erzeugen. Der mikroskopische sowie kulturelle Befund dieser Läsionen stimmte durchaus mit den Läsionen der Kranken überein.

Zur Histologie und Bakteriologie des Leichentuberkels, von C. Ghezzi. Mikroskopische Untersuchung von drei Fällen. In mancher Beziehung stimmen alle drei Fälle miteinander überein. So haben sie die Verdickung der Hornschicht, das Verschwinden des Stratum granulosum, die entzündliche Infiltration der Malpighischen Zellen und speziell des Stratum germinativum gemeinsam. Hingegen war der eine Fall durch eine außerordentliche Hypertrophie des kete Malpighi ausgezeichnet, welche in direktem Zusammenhang mit einer Abszeßbildung zwischen Kutis und Epidermis war. Im zweiten Fall war diese Hypertrophie des kete Malpighi nicht vorhanden, obwohl sich ebenfalls eine Abszedierung mit Riesenzellen vorfand. In der Kutis waren bei beiden die spezifischen Läsionen des tuberkulösen Granuloms vorhanden. Beide Fälle ergaben auch ein für Tuberkulose positives Tierexperiment. Der dritte Fall konnte aus äußeren Gründen nur unvollständig untersucht werden.

Lepraknötchen der Kornea, von A. Pasini. Das Lepraknötchen saß in dem Eigengewebe der Kornea, deren Fasern und Lamellen auseinandergetrieben waren, ohne

Digitized by Google

aber direkt vom leprösen Prozeß verändert zu sein. Es war aus zahlreichen Herden von Leprazellen zusammengesetzt, die durch die Hornhautlamellen voneinander getrennt waren. In der Umgebung fand der Verfasser eine Proliferation von Kapillaren, welche aus der Sklera und Conjunctiva bulbi stammten, eine geringe Infiltration einkerniger Rundzellen und eine bedeutende Proliferation der eigentlichen Kornealzellen. Die Leprazellen scheinen aus einer degenerativen Transformierung dieser Kornealzellen hervorgegangen sein. Die Leprabazillen waren im Knötchen sehr zahlreich und zogen sich von hier aus durch die Lymphspalten ins normale Kornealgewebe, wo sie sich mit Vorliebe an die in Schwellung befindlichen Kornealzellen festsitzend fanden.

Antwort auf die Bemerkungen von Prof. Stanziale über meine Mitteilung: Verimpfungen von leprösem Gewebe in die vordere Augenkammer des Kaninchens, von Mario Truffi. Einige Bemerkungen polemischer Art. A. Gunsett-Straßburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. 12, Heft 7, Juli 1912.

1. Ein Fall von Cutis verticis gyrata, von H. Yamada-Tokio. Patient, 40jähriger Mann, war in der Kindheit schwächlich, litt als Soldat in Formosa an schwerer Malaria und machte den japanisch-chinesischen Krieg mit, nach dessen Ende er erst das Hautleiden bemerkte. Dasselbe besteht symmetrisch auf beiden Seiten des Kopfes aus drei flacherhabenen, elastisch-weichen, 2—3 cm breiten und 1—1,5 cm hohen, von der vorderen Haargrenze gegen das Hinterhaupt hin einander parallel laufenden Hautleisten, welche seitwärts von tiefen Furchen begrenzt werden.

2. Ein Fall von Plerocercoides prolifer, von G. Inouye-Kyoto. Plerocercoides prolifer ist ein von Iijima, Professor der Zoologie in Tokio, entdeckter Parasit des Menschen. Diesen Parasiten konnte Verf. aus Knötchen in der Haut eines 55jährigen Mannes nachweisen, welche stecknadel-, erbsen- bis fingerspitzengroß über dem Hautniveau erhaben oder intra- und subkutan gelagert waren und sich hauptsächlich an beiden Oberschenkeln, dann an der Bauch- und Brusthaut usw. lokalisierten. Angeblich sollen die Knötchen vor etwa 13 Jahren zuerst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels erschienen sein.

3. Über Pellagra, von K. Sakurane und Sh. Yamada-Osaka. Von dem anatomisch-histologischen Befund der bei einem 45jährigen Manne festgestellten Affektion sind gute Abbildungen der Arbeit beigegeben. Die Verf. stellen fest, daß in ihrem Falle irgend eine Beziehung der Pellagra zum Mais nicht bestanden haben kann.

4. Über Pigmentsyphilis, von K. Asahi-Fukuoka. Verf. teilt zwei charakteristische Fälle mit, bei denen an der Stirn, bzw. in den Nasolabialfurchen tuschschwarze Flecken auftraten, die sich spontan ohne vorhergegangenes Exanthem bildeten und auf allgemeine antiluetische Kur rasch reagierten.

5. Beziehungen zwischen Salvarsanbehandlung und Wassermannscher Serodiagnose der Syphilis, von Sh. Matsumoto-Kyoto. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die positive Wassermann-Reaktion im Initialstadium der Syphilis wird nach der Salvarsaninjektion meist sehr rasch negativ; ist sie noch nicht aufgetreten, so bleibt sie dabei. 2. Im tertiären Stadium der Syphilis bleibt die positive Wassermannsche Reaktion trotz wiederholter Salvarsaninjektion lange unbeeinflußt, während die klinischen Zeichen relativ rasch zurückgehen.

6. Über die sogenannte „Paradoxe Reaktion" bei Wassermanns Serodiagnose, von Sh. Matsumoto und A. Ando-Kyoto. Unter 611 Fällen wurden elfmal paradoxe Sera festgestellt. Folgerungen aus diesem Faktum sind in dem Autoreferate nicht gegeben.

Digitized by Google

7. Weiteres über die Salvarsantherapie in der Universitätsklinik zu Tokio, von K. Dohi, S. Watanabe und A. Nakajima-Tokio. Ergänzung schon früher gegebener Berichte. Mitteilung von vier neuen Fällen von Neurorezidiven, welche alle durch weitere Salvarsan- resp. Quecksilberkur wieder verschwanden. Unter den Wassermann-schen Untersuchungen werden sieben Fälle von sogenannter provozierter Seroreaktion mitgeteilt, die am 4.—22. Tage nach der Salvarsaninjektion positiv wurde. Die Verf. glauben vorläufig noch nicht an eine definitive Heilung der Syphilis, sondern meinen, daß der negative Wassermann nach der Behandlung mit Salvarsan nur länger negativ bleibt als nach Hg. Immerhin glauben sie einen Fall von Reinfektion beobachtet zu haben. Auch bei nichtsyphilitischen Hautkrankheiten haben sie mit Salvarsan Erfolge gehabt, so bei zwei Fällen von Pityriasis lichenoides chronica und einem Fall von Keratosis follicularis japonica (einer eigenartigen, scheinbar für Japan spezifischen, zuerst von Dohi konstatierten Form der Keratosis).

8. Beiträge zur Radiumtherapie der bösartigen Geschwülste, von K. Dohi und M. Mine-Tokio. Mitteilung einer Reihe von Fällen von teilweise inoperablen malignen Geschwülsten, deren gute Erfolge an zahlreichen Abbildungen illustriert werden.

9. Über den therapeutischen Wert von Hepatoxin, von S. Yamazaki und S. Baba-Osaka.

10. 50%iges Salizylpflaster und ein neues Salbenmaterial nach Hirohashi, von H. Yamada.

11. Hemiatrophia facialis progressiva, von M. Hirooea-Tokio.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Kaninchenimpfung, von W. Ponndorf-Weimar. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7,) Im staatlichen Lymphinstitut zu Weimar hat man seit einiger Zeit Albinokaninchen für alle dort in Betracht kommende Zwecke ausgiebig verwendet und ist mit der hierbei erzielten Lapine gut zufrieden. Zur Lymphgewinnung dient ein männerhandgroßes Gebiet der glattrasierten Rückenhaut, von welchem 6—8 ccm Lymphe geliefert werden. Bei Gelegenheit der Entwicklung von Variolois bei einem polnischen Arbeiter impfte P. auch Pustelinhalt erfolgreich aufs Kaninchen und konnte von diesem auf ein Kalb ebenfalls mit positivem Resultate weiter impfen. Verfasser bespricht noch unter Beifügung von Abbildungen verschiedene andere Punkte aus dem Kapitel der Lymphebereitung und den Abarten der animalischen Pocken.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelle Untersuchungen über die Vakzine der Affen, von L. Halberstädter-Berlin und S. v. Prowazek-Hamburg. (Arbeiten aus dem K. Gesundheitsamte, Bd. 37, Abschnitt 19.) Die beiden Verfasser haben in Batavia an großem Affenmaterial die Frage zu lösen versucht, ob der Vakzinevirus von der kutanen Impfstelle aus im Tierkörper längere Zeit kreist oder ob nur eine mehr oder weniger lokale Infektion zustande kommt, worauf erst sekundär von hier aus der Immunisierungsvorgang seinen Ausgang nimmt. Die Versuche belehrten, daß von der kornealen, kutanen oder intraperitonealen Impfstelle der Vakzinevirus im allgemeinen nicht in den Blutkreislauf eintritt. Bei der Variola kreist wohl das Virus im Blute, aber immerhin in nicht erheblichen Mengen, und verschwindet auf späteren Stadien des Krankheitsverlaufes aus dem Blutstrom. Die Variolavakzine ist mehr eine epitheliale Erkrankung und in die Gruppe

Digitized by Google

der Epitheliosen gehörig. Nach subkutaner Impfung beim Affen treten im Serum virusabschwächende Substanzen nach und nach vom 13. Tage nach der Impfung auf, am reichlichsten am 26. Tage, und von da ab nehmen sie wieder ab. Alle Versuche führten zu dem Ergebnis, daß die Vakzine vorwiegend eine epitheliale Erkrankung ist und daß bei ihr das Virus im allgemeinen nicht in den Blutkreislauf übertritt. Es tritt demnach bei der Vakzine im allgemeinen eine ektodermale, histogene Immunität auf, die vorwiegend auf die Gewebe gebunden ist, während im Serum nur spärliche virulizide Antikörper, an deren Existenz bei subkutanen Impfungen nicht zu zweifeln ist, in variablen Mengen auftreten. Chrzelitzer-Posen.

Beobachtungen über die Vakzinekörperchen, von B. Galli-Valerio-Lausanne. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 63, H. 1.) Aus der vergleichenden Zusammenstellung der reichlich nun über dieses Thema gelieferten Arbeiten und seiner eigenen Untersuchungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß die Körperchen, welche von verschiedenen Beobachtern bei der Vakzinevariolaaffektion neben den Guarnierischen beschrieben worden sind, auf eine einzige Form, die man unter dem Namen „v. Prowazekksche Initialkörper" zusammenfassen kann, zurückzuführen sind. Diese Körperchen sind sehr wahrscheinlich die spezifischen Erreger der Vakzinevariolaerkrankungen, und ihre Wirkung auf die Epithelzelle veranlaßt die Bildung der sie in sich aufnehmenden Guarnierischen Körperchen. Stern-München.

Die Behandlung der Impfstellen mit Pikrinsäurelösung, von J. F. Schamberg und J. A. Kolmer-Philadelphia. (Lancet, 18. Nov. 1911.) Zu dieser vorläufigen Mitteilung berichten Verfasser zunächst über eine Reihe von kulturellen Untersuchungen, bei denen sie nachweisen konnten, daß das Aufpinseln einer 4%igen Auflösung von Pikrinsäure in 95%igem Alkohol eine stark desinfizierende Einwirkung auf die Haut ausübte. Darauf suchten sie diese Tatsache zur Erzielung eines sicheren und ungestörten Verlaufs der Pustelbildung bei der Schutzpockenimpfung zu verwerten. Sie pinselten die 48 Stunden alten Impfstellen mit der Lösung und wiederholten dies täglich bis zur Beendigung der Pustelbildung. Bei 22 auf diese Weise behandelten Impflingen im Alter von $1^1/_2$—6 Jahren, welche wegen verschiedenerlei, zum Teil recht schwerer Erkrankung im Krankenhaus sich befanden, konstatierten Verfasser einen recht günstigen Verlauf. Auf die Wirksamkeit des Impfstoffes scheint das Verfahren nicht nachteilig eingewirkt zu haben; es fanden sich allerdings unter diesen 22 Kindern zwei Mißerfolge; aber unter neun mit derselben Lymphe geimpften und nicht der Pikrinsäurebehandlung unterworfenen Kindern waren ebenfalls erfolglose Fälle zu verzeichnen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis des Blutes und der Nebennieren beim exanthematischen Typhus, von Raoul Fournié. (Thèse d'Alger, 1911, Nr. 3.) Es besteht wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Typhusfälle, dem Tod an Typhus exanthematicus und einer Insuffizienz der Nebennieren. In allen daraufhin untersuchten Fällen hat der Verfasser eine allgemeine Zellstörung der Nebennieren gefunden. Charakteristisch war auch die stets vorhandene Kongestion dieser Drüsen. Auf Grund günstiger Wirkung des Adrenalins auf die schwersten Symptome und auf Grund seiner Untersuchungen empfiehlt der Verfasser organotherapeutische Versuche beim Typhus exanthematicus. Fritz Loeb-München.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Ein Fall von Lepra nervosa, von Michailow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 4, S. 128.) Bei einem 21jährigen Soldaten, der aus einer Lepragegend Rußlands, nämlich

Digitized by Google

von der Insel Ösel, stammte, wurde bei der Besichtigung auf der linken Brusthälfte, zwischen der sechsten und zehnten Rippe, eine pigmentierte, völlig anästhetische Hautpartie konstatiert, welche die Untersuchungskommission der Ärzte für Lepra nervosa ansprach. Leprabazillen wurden nicht gefunden. Arth. Jordan-Moskau.

Eine Vorlesung über Lepra; eine neue Auffassung von der Ätiologie und Therapie derselben, von F. S. B. Williams. (Brit. med. Journ., 16. Dez. 1911.) Aus Untersuchungen, welche Verfasser seit fast drei Jahren fortgeführt hat, entnimmt er, daß der als Bacillus leprae geltende Mikroorganismus nur eine gewisse Entwicklungsphase des Krankheitserregers ist, und daß dieser zu der Gattung der Streptothrichäen gehört. Bei seinen in Persien und in Indien von Leprakranken gewonnenen Kulturen konnte er folgende vier Stadien feststellen: 1. einen nicht säurefesten Streptothrix im Stadium der Myzelbildung mit Entwicklung von säurefesten Stäbchen; 2. einen nicht säurefesten diphtheroiden Bazillus, der gleichfalls säurefeste Stäbchen hervorbringt, ein wirklicher Streptothrix; 3. einen säurefesten Bazillus, der in Wirklichkeit die aufgelösten Bestandteile des Streptothrix darstellt; 4. ein säurefestes Myzel. Die verschiedenen Züchtungsvorgänge bei diesen vier Stufen sind ziemlich ausführlich dargelegt. Bei Tieren konnten einige lepraartige Läsionen mit den säurefesten bazillenartigen Formationen erzielt werden, doch sind diese Versuche nicht sehr eingehend durchgeführt worden. Besonderes Gewicht legt Verfasser auf den Umstand, daß es ihm gelang, den nicht säurefesten Bazillus in einen säurefesten Zustand überzuführen. Er berichtet als eine bemerkenswerte Beobachtung, daß er die nicht säurefesten diphtheroiden Bazillen mit Amöben zusammenbrachte, von denen sie in großen Mengen einverleibt wurden; es waren alsdann nicht nur die aufgenommenen Bazillen säurefest geworden, sondern auch viele von den noch übrig gebliebenen. In therapeutischer Beziehung wurde konstatiert, daß nur die säurefeste Form bei Verwendung als Vakzine eine erkennbare Wirkung hervorrief. Über die damit erzielten Heilerfolge gibt Verfasser nur kurz an, daß er in mehreren Fällen sowohl der tuberösen wie der anästhetischen Lepra entschieden günstige Wirkungen konstatiert habe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Wesen der Parasiten der Lepra und der Tuberkulose, von A. G. R. Foulerton-London. (Brit. med. Journ., 10. Febr. 1912.) Verfasser schließt sich der Ansicht derjenigen Forscher an, welche die Leprabazillen als Entwicklungsphasen eines Strahlenpilzes, Streptothrix leprae auffassen. Er stützt sich hierbei auf die Veröffentlichungen von Deycke über den Streptothrix leproides sowie auf die von Beauchamp Williams von Leprakranken in Persien gewonnenen Kulturen, die ausführlich beschrieben werden. Eingehend wird auch das Thema der säurefesten Bazillen, welche neben solchen, die nicht säurefest sind, bei diesen Untersuchungen angetroffen werden. Eine genaue Wiedergabe selbst der wichtigeren Momente der Darstellung würde aber im Referate zu weit führen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lepra in Neusüdwales, zwanzigster Bericht der Gesundheitsbehörde für das Jahr 1910, von J. Ashburton Thompson-Sydney. (Regierungsbericht, 1911.) Aus dem vorliegenden offiziellen Jahresbericht ergibt sich, daß in den letzten Jahren die Lepra in Neusüdwales keine erhebliche Ausdehnung gewonnen hat. Es wurden im Jahre 1910 nur fünf neue Fälle festgestellt, und das Landesasyl für Leprakranke hatte am Schlusse des Jahres 19 Insassen, was ungefähr dem Durchschnitt in der Beobachtungszeit seit 1890 entspricht. Außer den statistischen Angaben enthält der Bericht mehrere gute klinische Krankengeschichten sowie wohlgelungene Abbildungen von Patienten und eine Röntgenaufnahme der Füße einer Patientin. Zur Behandlung wurde vielfach Magnesiagynokardat neben Chaulmoograöl und anderen, meist roborierenden Mitteln verwandt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Beiträge zur Kenntnis der Färbemethoden des leprösen Gewebes, von Gustav Freytag. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1911.) Der Verfasser gibt zunächst einen Überblick über die wichtigsten Färbemethoden des Leprabazillus, 14 an der Zahl. Es sind dieses die von Ehrlich, Ziehl-Neelsen, v. Baumgarten, Babes, Israël, und Doutrelepont, Ogawa, Joh. Fick, Wolters, Marzinowsky, Fischler, Spiegel. Lübimoff, Lustgarten, Herm. Kühne. Daran schließt er die neuen Methoden, wie sie Unna in seiner „Histotechnik der leprösen Haut" behandelt. Bei der Durcharbeitung der Färbungen, sie sind sämtlich mit Ausnahme von Nr. 6, 7, 18, 19, 21, 25, 29 und 30 erprobt, schließt Verfasser sich der Einteilung Unnas an und bespricht: 1. Darstellung der Leprabazillen allein; 2. Darstellung des leprösen in diesem Falle Nebenhodengewebes allein; 3. Darstellung der Leprabazillen mit dem Nebenhodengewebe zusammen. Das dem Verfasser von Prof. Rille zur Verfügung gestellte Material stammte aus Bergen in Norwegen und hatte schon etwa 15 Jahre in Alkohol gelegen. Trotzdem gelangt Verfasser im wesentlichem zu dem Resultate, daß das Ergebnis der von ihm durchgeprüften Färbungen mit dem von Unna angegebenen übereinstimmt. Wenn geringe Abweichungen zu konstatieren sind, so z. B. bei der Karbolfuchsin-Salpetersäuremethode oder der Thymenviktoriablau-Kochsalzmethode, wo die Bazillen teilweise in Körnchen aufgelöst waren, so durfte das, wie Verfasser auch angibt, zum größten Teile auf die lang andauernde Konservierung des Materials in Alkohol zurückzuführen sein; auch bei der Fuchselin-Thymenviktoriablaumethode versagte teilweise die Färbung aus demselben Grunde. Zum Schluß kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß zur speziellen Leprabazillenfärbung die Karbolfuchsin-Salpetersäuremethode und die Thymenviktoriablau-Kochsalzmethode in gleicher Weise schöne deutliche Bilder liefert, und daß bei Darstellung des leprösen Gewebes mit den Bazillen die Karbolfuchsintannin plus Orange-Methode die Bazillen am klarsten hervortreten läßt.

Durch Leprabazillen gesetzte Veränderungen beim Tiere, von H. Much. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Während sonst alle Versuche einer Übertragung von Leprabazillen auf Tiere im allgemeinen ein negatives Resultat ergeben haben, ist es M. gelungen, bei Meerschweinchen und bei Ziegen durch eine vorherige Tuberkuloseimmunisierung eine Empfänglichkeit für Lepra zu bewirken. Das Lepramaterial war in allen Fällen aus Lepromen gewonnen, die mit Antiformin behandelt waren, und die Leprabazillen waren wahrscheinlich zum größten Teil bei der (intrakutanen) Injektion abgetötet. Während bei den Kontrolltieren die injizierte Masse stets glatt resorbiert wurde, entwickelten sich bei den tuberkulose-immunisierten Versuchsobjekten Infiltrationsgeschwülste und auch Abszesse, in denen spärliche Leprabazillen nachweisbar waren. Diese hochinteressanten Beobachtungen bieten also noch ein weiteres Moment in bezug auf die verwandtschaftlichen Verhältnisse zwischen den beiden Bazillenarten dar.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über experimentelle Übertragung der Lepra, von Stanziale. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Bd. 12.) Es gelang Verfasser, durch Einimpfung leprösen Materiales vom Menschen in die vordere Augenkammer eines Kaninchens hier die Entwicklung granulomatöser Herde hervorzurufen mit positivem Befund von Leprabazillen entfernt von dem leprösen Impfstück resp. der Stichstelle, ferner die sukzessive Entwicklung von Herden von mattroter Farbe auf der Membran der Iris. Haas-Hamburg.

Über die Übertragung von Lepra auf Tiere durch unmittelbares Überimpfen, von H. Bayon-London. (Brit. med. Journ., 24. Febr. 1912.) Die Arbeit bringt eine geschichtliche Übersicht der wichtigsten Publikationen zu diesem Thema aus den Jahren 1881 bis zur Gegenwart und eine Darlegung der vom Verfasser bei Impfversuchen an Ratten erzielten Resultate. Von vier Tieren, denen fein verteiltes Lepramaterial in die

Digitized by Google

Hoden injiziert wurde, zeigten zwei nichts Abnormes, aber bei den beiden anderen entwickelten sich vier Wochen resp. drei Monate nach dem Eingriff Schwellungen bis zu Erbsengröße, in denen säurefeste Bazillen nachzuweisen waren. Wenn auch diese Beobachtungen nicht als durchaus von zwingender Beweiskraft hingestellt werden, so schließt B. doch aus seinen Erfahrungen und denen anderer Verfasser, daß Lepra tatsächlich auf Tiere, namentlich Ratten, Mäuse und Kaninchen übertragen werden kann, obschon dies wegen der langen Inkubationsdauer und mancher anderen Schwierigkeiten halber nur selten gelingen wird. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Apparat zur Erzeugung sterilen destillierten Wassers für Salvarsanlösungen, von J. Katz-Leipzig. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Nach der Beschreibung und Abbildung zu urteilen, ist der von K. zusammengestellte, von der Firma Hugershoff in Leipzig zu beziehende Apparat einfach, leicht zu reinigen und leistungsfähig. Bei etwaigem Bruch können einzelne Teile nach Bedarf ersetzt werden. Die Bedienung kann selbst unter den primitivsten Laboratoriumsverhältnissen durchgeführt werden, da das Heizen mit Spirituslampe und die Kühlung durch Zuleitung von Wasser aus einem hochgestellten Eimer bewerkstelligt werden kann.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Assistant Prof. Hiram R. Loux wurde zum Professor der Chirurgie der Harnorgane am Jefferson Medical College zu Philadelphia ernannt.

Prof. agrégé Jean Sabrazès wurde zum Professor der pathologischen Anatomie in Bordeaux ernannt.

Dem Privatdozenten Dr. Ermanno Arman in Pisa wurde die Venia legendi für Dermatologie und Syphilis in Genua übertragen, ebenso dem Privatdozenten Dr. M. Cipolla in Neapel für Palermo.

Dr. Giacomo Define, ord. Assistent an der Klinik von Prof. de Amicis, hat sich als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis in Neapel habilitiert.

Die Urologen Dr. Maurice Heitz-Boyer, Assistent am Hospital Necker, und Dr. Mocquot wurden zu Chirurgiens der Pariser Hospitäler ernannt.

Dr. Henri Jacques Girard wurde zum Chirurgien-Urologiste des Krankenhauses in Grenoble ernannt.

Dr. Henri Danlos, gewesener leitender Arzt am Hôpital Saint-Louis in Paris, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. November 1912 | Nr. 46 | Band 55

Aus der Dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Städt. Krankenhauses.
(Leitender Arzt: Prof. C. Bruhns.)

Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhöe.

Von

Dr. Föckler, Assistenzarzt.

Während wir dort, wo wir die Gonokokken mit unserer Therapie direkt erreichen können, wie bei der unkomplizierten Gonorrhöe des Mannes, seit Einführung der Silbersalze zweifellos einen leichteren und abgekürzten Verlauf der Erkrankung gegenüber früherer Zeit erreicht haben, stehen wir allen Komplikationen derselben noch immer recht machtlos gegenüber, und wir sind bedauerlicherweise auch nicht in der Lage, das Auftreten von solchen mit genügender Sicherheit verhüten zu können. Ist erst einmal eine Komplikation, wie Prostatitis, Epididymitis usw. hinzugekommen, so hat sich immer der Mangel einer spezifischen Therapie sehr unangenehm fühlbar gemacht; wir waren dann lediglich auf symptomatische Behandlung angewiesen.

Abgesehen von der gebräuchlichen antiphlogistischen Behandlung der Nebenhodenentzündung wurde von verschiedenen Seiten die Stauungshyperämie, die Punktion, die Injektion von Elektrargol und anderes sehr warm empfohlen, aber die Resultate sind doch auch nur für den Augenblick günstig, im allgemeinen aber nicht in bezug auf den Endzweck unserer Therapie, nämlich auf die Erhaltung der funktionellen Leistungsfähigkeit des erkrankten Organes. Auch die anderen Komplikationen, wie z. B. in erster Linie die Arthritis gonorrhoica und auch die Prostatitis trotzen bekanntlich oft recht lange unserer bisher gebräuchlichen Therapie. Deshalb ist es begreiflich, daß die ersten Berichte über Erfolge, die bei Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Gonokokkenvakzine erzielt wurden, allenthalben zu Versuchen mit dieser neuen Behandlungsart anregten.

Auf Grund dieser bereits veröffentlichten, meist recht günstig lautenden Berichte wurde die Gonokokkenvakzine auch auf unserer Abteilung bei einer Reihe von Patienten angewendet.

Im ganzen haben wir bisher 83 Fälle blennorrhoischer Erkrankungen mit Gonokokkenvakzine behandelt und zwar: 49 Patienten mit Epididymitis resp. Folliculitis gonorrhoica, dabei natürlich auch Urethritis posterior und Prostatitis, 9 Patienten mit Prostatitis stärkeren Grades, 4 Patienten mit gonorrhoischer Arthritis und 19 Patientinnen mit Zervikal- resp. Rektalgonorrhöe.

Digitized by Google

Bei der Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder die Vakzine anzuwenden, hatten wir nur in zwei Fällen Gelegenheit; bei Adnexerkrankungen der Frauen haben wir keine genügenden resp. eindeutigen Erfahrungen sammeln können.

Als in Betracht kommend für die Behandlung mit Vakzine wurden von vornherein nur Komplikationen der Gonorrhöe angesehen. Bei der weiblichen Zervikal- und Rektalgonorrhöe wurde ein Versuch damit ebenfalls gemacht, weil diese Form der Gonorrhöe vielleicht noch etwas den Voraussetzungen entspricht, die Bruck für eine Wirksamkeit der Vakzine als nötig betrachtet, nämlich daß geschlossene Entzündungsherde vorhanden sind, in denen durch Zerfall von Gonokokkenleiber Antikörper gebildet werden, die imstande sind, die aktiven Gonokokken zu binden oder sie in ihrer Tätigkeit zu hemmen. Wir glaubten ferner auch deswegen die Vakzinebehandlung bei Zervikal- und Rektalgonorrhöe der Frauen versuchen zu sollen, weil wir gerade diesen Erkrankungen mit unsern heute üblichen Behandlungsmethoden nur schwer und ungenügend beikommen können, von einer oder der anderen Seite und weil auch dabei bereits Günstiges von der Behandlung mit Vakzine berichtet worden ist.

Bei der unkomplizierten akuten, subakuten und chronischen Gonorrhöe der männlichen Harnröhre haben wir die Vakzine nicht angewendet. Man dürfte bei diesen Erkrankungsformen nach den oben kurz berührten theoretischen Erklärungen, wie sie Bruck für die Wirkungsweise der in erster Linie von ihm empfohlenen Vakzinebehandlung gibt, einen Erfolg ja auch kaum erwarten. Bruck sowohl wie die meisten Autoren haben diese theoretischen Erwägungen in der Praxis auch voll und ganz bestätigt gefunden, die reine Gonorrhoea urethralis wurde nach ihren Angaben nie in irgend einem Sinne beeinflußt. Über die gleichen Erfahrungen berichten Hecht und Klausner, Friedländer, Reiter, während allerdings einige Autoren, wie z. B. Merkuriew und Silber, die schon 15—30 Stunden nach der ersten Injektion von Gonokokkenvakzine eine Verminderung sowohl des Ausflusses selbst als auch seines Gonokokkengehaltes beobachten konnten, und andere auch eine günstige Beeinflussung des unkomplizierten Tripper gesehen zu haben angeben. Wir konnten jedenfalls bei unsern Patienten, die wir wegen bestehender Epididymitis gonorrhoica mit Vakzine behandelten, während dabei die lokale Therapie der vorderen Harnröhre sistiert wurde, niemals eine deutliche Einwirkung auf den Ausfluß aus der Urethra, weder hinsichtlich seiner eigenen Verminderung, noch hinsichtlich seines Gehaltes an Gonokokken feststellen.

Wie schon zu Anfang bemerkt, nimmt unter der Zahl der von uns mit Gonokokkenvakzine behandelten Fälle die Epididymitis gonorrhoica weitaus die erste Stelle ein. Laut bisher veröffentlichter Berichte sind gerade bei dieser, für den Patienten wohl unangenehmsten und

Digitized by Google

auch folgenschwersten gonorrhoischen Erkrankung die Resultate der Vakzinebehandlung weitaus die besten, abgesehen von der weit seltener vorkommenden Arthritis gonorrhoica, bei der natürlich die von Bruck für eine Wirksamkeit der Vakzine theoretisch verlangten Bedingungen in noch höherem Maße gegeben sind.

Zu unsern Versuchen benutzten wir ausschließlich das von der chemischen Fabrik E. Schering in Charlottenburg hergestellte Arthigon, das in Fläschchen von 6 ccm Inhalt in den Handel kommt und uns von dieser Firma dankenswerter Weise auf unser Ersuchen in größeren Mengen zur Verfügung gestellt wurde. In der vorgeschriebenen Weise fingen wir mit einer Injektion von 0,5 ccm, ausnahmsweise gelegentlich auch nur 0,25 ccm an; bekam der Patient nach dieser Injektion eine Temperatursteigerung über 38°, so wurde nach drei bis höchstens vier Tagen die Injektion in der gleichen Menge wiederholt, wenn keine solche Temperatursteigerung eintrat, so wurde nach dem gleichen Zeitraum 1 ccm Arthigon injiziert. In dieser Weise vorgehend, stieg die jeweilige Einzeldosis bis auf 2,0 ccm, höhere Einzeldosen wurden nie angewendet. Dann wurde entweder abgebrochen oder es wurde die ganze Kur noch einmal wiederholt, je nach der Art und Weise, wie der jeweilige Patient auf die Injektionen reagierte. Im ganzen erhielten so die Patienten 5,0 bis 11,5 Arthigon, nur einige wenige hatten eine geringere Gesamtmenge erhalten als 5,0 ccm, weil entweder schon vorher ein befriedigendes therapeutisches Resultat erzielt worden war, oder weil (äußere) andere Umstände ein vorzeitiges Abbrechen der Kur bedingten.

Bei Patienten, die infolge ihrer akuten Epididymitis bereits Temperaturen über 38° hatten, wurde so lange mit dem Beginne der Arthigonbehandlung gewartet, bis das Fieber beseitigt war, und einstweilen nur Bettruhe, Hochlagerung des Hodensackes und für kurze Zeit Eisblase angewendet, eventuell auch bei großen subjektiven Beschwerden Belladonna mit Morphium als Suppositorium gegeben.

Will man sich ein Urteil bilden über den Einfluß, den die Arthigonbehandlung auf den Verlauf der betreffenden Erkrankungen ausübt, so wird man sich erst einmal zu fragen haben, was wir von unserer Therapie bei der Epididymitis überhaupt erwarten müssen, wenn sie erfolgreich sein soll.

Der Zweck unserer Behandlung ist ein dreifacher: Zunächst wollen wir eine möglichst rasche Beseitigung der subjektiven Beschwerden des Patienten erreichen, dann soll die Anschwellung des Nebenhodens beseitigt und schließlich, was ohne Zweifel das Wichtigste ist und leider bisher am seltensten erreicht wird, eine möglichste Restitutio ad integrum der erkrankten Epididymis erzielt werden, um einer späteren Sterilität

Digitized by Google

möglichst vorzubeugen. Nach diesen drei Gesichtspunkten sollen die bei unseren Patienten gewonnenen Resultate betrachtet werden. Bei weit über der Hälfte unserer Fälle trat nach der ersten Injektion eine deutliche Vermehrung der Schmerzen ein, die wohl als eine Art lokaler Herdreaktion aufzufassen ist, und die auch fast immer schon vor der zweiten Injektion wieder verschwunden war, und ein vollständiges Nachlassen aller subjektiven Beschwerden nach sich zog; es blieb dann gewöhnlich lediglich noch eine gewisse Druckempfindlichkeit übrig. Dieser Erfolg konnte bei unseren sämtlichen Patienten ohne Ausnahme spätestens nach der zweiten Injektion konstatiert werden, obwohl ein großer Teil derselben vorher über recht starke Schmerzen, namentlich in den Fällen, bei denen der Samenstrang in Mitleidenschaft gezogen war, zu klagen gehabt hatte. Doch soll man nicht vergessen, daß, wie wir schon jetzt bemerken möchten, dieses Resultat auch, mit unserer früheren Behandlung allein, von uns meistens erreicht wurde. Weniger befriedigend dagegen waren die Erfolge in bezug auf eine Volumänderung der angeschwollenen Nebenhoden. Wohl war auch nach der ersten oder zweiten Injektion in fast allen unseren Fällen eine mehr oder minder deutliche Abschwellung des erkrankten Organes festzustellen, mit Ausnahme von vier Patienten, bei denen auch nach der letzten Injektion von 2 ccm auffallenderweise eine objektive Veränderung kaum nachgewiesen werden konnte. Jedoch der weitere Rückgang der Schwellung war dann nicht nur ein recht langsamer, er war auch, namentlich bezüglich unserer dritten Forderung, der Restitutio ad integrum kein wirklich befriedigender. 49 Fälle von Epididymitis gonorrhoica wurden bis jetzt mit Arthigon behandelt; die Behandlungsdauer betrug im Mittel etwa 28 Tage, in welcher Zeit aber natürlich die lokale Behandlung der Pars anterior et posterior urethrae sowie die der Prostatitis schon wieder mit aufgenommen war; bei einigen besonders resistenten Fällen wurde diese Durchschnittszeit auf das Doppelte, ja sogar zweimal auf beinahe das Dreifache ausgedehnt, bei einigen anderen dauerte die Behandlungszeit nur drei Wochen, einige wenige verließen das Krankenhaus noch vor dieser Frist. Dabei zeigten von unseren 49 Fällen beim Abgange nur 8 keine oder keine nennenswerte Verhärtung im erkrankten Nebenhoden mehr, alle anderen Patienten hatten noch harte Infiltrationen von Erbsen- bis Haselnußgröße, trotzdem sie meist über 5,0, einige Male sogar bis 10,0 ccm Arthigon im ganzen bekommen hatten. Eine Druckempfindlichkeit der erkrankten Epididymis bestand in keinem einzigen Falle mehr. Bei sechs Patienten konnten die Injektionen allerdings nicht weiter fortgesetzt werden, als bis zu 2,5 ccm im ganzen, weil sie sich entweder der weiteren Behandlung entzogen oder weil diese aus anderen

Digitized by Google

Gründen abgebrochen werden mußte, doch befindet sich gerade darunter ein Patient, bei dem die Forderung nach einer anscheinenden Restitutio ad integrum schon nach einer Injektion von 0,5 Arthigon erfüllt war. Ziehen wir also von der Zahl der überhaupt mit Arthigon behandelten Fälle diese fünf eben genannten ab, bei denen die Behandlung nur teilweise hatte durchgeführt werden können, so bleiben noch 44 Fälle mit Epididymitis übrig und davon sind acht mit ganz oder annähernd normalem Nebenhodenbefund entlassen worden, bei allen anderen mußten wir noch Verhärtungen bis zu Haselnußgröße konstatieren. Vergleicht man dieses Resultat mit dem bei unserer früheren Behandlung allein gewonnenen, die lediglich in Bettruhe, Hochlagerung der Hoden, zuerst kurzdauernder Applikation der Eisblase, dann nach einigen Tagen Applikation von trockener oder feuchter Wärme bestand, so dürfte hinsichtlich der Dauer der Erkrankung wohl kaum ein nennenswerter Unterschied festgestellt werden können, eher noch hinsichtlich des schließlichen Endresultates. Denn wenn wir 8 von 44 Patienten ohne jegliche oder doch ohne jede nennenswerte Induration im Nebenhoden aus unserer Behandlung entlassen konnten, so ist das immerhin ein gewisser, wenn auch nicht gerade bedeutender Erfolg gegenüber den Resultaten, die wir mit unserer früher allein angewandten Therapie erreicht haben. Ausdrücklich bemerkt werden muß noch, daß diese soeben skizzierte lokale Behandlung trotz Arthigoninjektionen bei allen Patienten beibehalten wurde, nur wurde bei einem Teil der Patienten die Eisblase im Anfange weggelassen und von vornherein feuchtwarme Umschläge angewandt, weil manche Autoren stärkere Infiltrate der Kälteapplikation zuschrieben. Wir bekamen jedoch bei diesen Patienten keine befriedigerenden Resultate als bei denen, die mit anfänglicher kurzdauernder Kälteapplikation behandelt worden waren. Bei ganz frischen Epididymitiden, die mit sehr starken Schmerzen in unsere Behandlung kommen, verschwinden ja auch ohne Arthigon die Beschwerden in 2—4 Tagen fast ausnahmslos nach Anwendung von Kälte, eine Erfahrung, die wir auch jüngst noch bei unseren Fällen gemacht haben. Wegen zu hohen Temperaturen konnte bei verschiedenen Patienten anfänglich kein Arthigon gegeben werden, sie wurden lediglich in der oben geschilderten Weise 2—4 Tage lang behandelt, und dann waren jedesmal die Schmerzen schon vollständig verschwunden, ehe wir mit der Arthigonbehandlung hatten beginnen dürfen. Regelmäßig setzte dann nach der ersten Injektion die Schmerzhaftigkeit wieder ein, um dann allerdings, wie schon erwähnt, rasch vollständig zu verschwinden.

Aus diesem Vergleich kann man jedenfalls ersehen, daß bei unseren Fällen hinsichtlich der zuerst gestellten Forderung, nämlich der raschen

Digitized by Google

Beseitigung der subjektiven Beschwerden, die Arthigonbehandlung keine wesentlichen Vorteile gegenüber unserer sonst angewandten Therapie gebracht hat. Daß von der Vakzinebehandlung nicht gerade eine prophylaktische Wirkung erwartet werden darf, dafür spricht die auch von uns gemachte Erfahrung, daß zwei Patienten mit Epididymitis gonorrhoica während der Behandlung trotz absoluter Bettruhe und ohne jede vorausgegangene mechanische Irritation (wie z. B. Bougieren, Spritzen oder Prostatamassage) eine erhebliche schmerzhafte Anschwellung des anderen Nebenhodens bekamen, und daß ferner ein dritter Patient, der wegen Prostatitis Injektionen von Arthigon erhielt, ebenfalls unter den gleichen Umständen an Epididymitis erkrankte. Ein vierter Patient mit Arthritis gonorrhoica bekam trotz Behandlung mit Arthigon ebenfalls eine Epididymitis, die allerdings sehr rasch wieder zurückging, und zwar trotz anfänglich sehr erheblicher Anschwellung, ohne Zurücklassung von Infiltraten im erkrankten Nebenhoden. Es war dies einer von den acht Fällen, bei denen wir das gewünschte Endresultat erzielt haben. Endlich sei hier noch eine Patientin erwähnt, bei der wegen Zervixgonorrhöe ein Versuch mit Arthigon gemacht wurde und die nach der zweiten Injektion an linkseitiger Salpingitis erkrankte.

Entzündungen der Prostata, bei denen eine erhebliche Schwellung eines oder beider Seitenlappen mit starker Druckempfindlichkeit vorhanden war, haben wir in neun Fällen mit Arthigon behandelt und dabei meist schon nach der ersten oder zweiten Injektion ein erhebliches Nachlassen der subjektiven sowohl wie der objektiven Symptome feststellen können. Am Schlusse der Behandlung mit Arthigon, nach längstens 14—16 Tagen, waren die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Prostata zurückgegangen und Gonokokken im Prostatasekret nicht mehr nachweisbar. Inwieweit dieses günstige Resultat der Einwirkung des Arthigons zuzuschreiben ist, kann natürlich schwer entschieden werden, immerhin schien eine Verkürzung des Krankheitsprozesses zweifellos vorhanden zu sein, namentlich bei zwei Patienten, bei denen eine vorherbestehende, erhebliche und sehr schmerzhafte Anschwellung des linken, beziehungsweise des rechten Prostatalappens schon nach einer einzigen Injektion von 0.5 Arthigon am zweiten Tage vollständig verschwunden war.

Den zweifellos günstigsten Erfolg der Arthigonbehandlung glauben wir aber bei unseren Fällen von Arthritis gonorrhoica annehmen zu dürfen. Leider hatten wir in dieser Zeit zufällig nur bei drei Patienten mit sicherem Rheumatismus gonorrhoicus und einem Patienten mit nicht ganz sicheren Erscheinungen Gelegenheit, die therapeutische Wirksamkeit des Arthigons zu erproben. Bei den ersteren drei Patienten handelte es

Digitized by Google

sich um klinisch ganz sichere Arthritis gonorrhoica, die in zwei Fällen in starker, schmerzhafter Anschwellung eines Kniegelenkes sich äußerte, beim dritten Falle zu einer erheblichen Anschwellung des ersten Gelenkes vom rechten Zeigefinger und der beiden Fußgelenke geführt hatte. Dieser letztgenannte Patient war wochenlang innerlich mit Aspirin und Salizyl, äußerlich mit heißen Bädern, Ichthyolverbänden und mit Heißluft (Lichtbädern) usw. ohne nennenswerten, höchstens vorübergehenden Erfolg behandelt worden, auch bei den beiden anderen Fällen hatte diese Behandlung, wenn auch nur kürzere Zeit angewandt, weder subjektive noch objektive Besserung erzielt. Dagegen trat bei allen vier Patienten nach Injektion von Arthigon, und zwar bei den beiden erstgenannten schon nach der ersten Dosis von 0,5 ccm, bei dem dritten erst nach 3,0 ccm Arthigon eine deutliche Abnahme der subjektiven und objektiven Beschwerden ein; als bemerkenswert ist hervorzuheben, daß sämtliche Patienten nach der ersten Injektion zunächst über eine vermehrte Schmerzhaftigkeit der befallenen Gelenke klagten, die allerdings nur wenige Stunden anhielt, um dann ganz zu verschwinden. In allen vier Fällen war das Endresultat ein sehr gutes, die Gelenke wurden vollständig und ohne Schmerzen frei beweglich, und zwar wurde dieser Erfolg bei einem Patienten schon nach 1,0, bei den beiden anderen nach 5,0 resp. 6,5 Arthigon erreicht. Der vierte, zunächst wegen chronischer Gonorrhoea urethralis posterior im Krankenhause aufgenommene Patient klagte wochenlang über Schmerzen in den Knie- und Schultergelenken, die ebenfalls auf Heißluftbehandlung und Verabreichung von Antirheumatika nicht weichen wollten; objektiv war kein krankhafter Befund in den befallenen Gelenken festzustellen. Nach Injektion von im ganzen 1,0 Arthigon, waren die Schmerzen angeblich vollständig verschwunden.

Eine günstige Einwirkung des Arthigons bei diesen eben aufgeführten Fällen ist unverkennbar, wenigstens bei den ersten drei Patienten mit klinisch sicherer Arthritis gonorrhoica, bei denen unter Arthigonbehandlung eine vollständige Heilung in verhältnismäßig kurzer Zeit ohne die geringsten bleibenden Nachwirkungen eingetreten ist. Bei dem vierten, bei dem wir mangels eines objektiv nachweisbaren Befundes ganz auf subjektive Angaben angewiesen waren, läßt sich eine psychische Beeinflussung durch die ihm Schmerzen verursachenden Injektionen nicht ausschließen.

Es bleibt uns nunmehr noch übrig, von den Resultaten, die wir bei der Rektal- und Zervikalgonorrhöe der Frauen mit der Vakzinebehandlung erzielten, zu berichten. Wir wandten das Arthigon an bei 19 Patientinnen, die alle an Zervikalgonorrhöe erkrankt waren und von denen bei sieben auch im Rektum Gonokokken nachgewiesen wurden.

Digitized by Google

Auffallend war dabei zunächst die Tatsache, daß von 19 Patientinnen nur 3 eine nennenswerte Temperatursteigerung bekamen, während die anderen die Injektionen ohne jede subjektive oder objektive Reaktion ertrugen. Eine Beeinflussung des Sekretes hinsichtlich des Gonokokkengehaltes konnte nie festgestellt werden, die Gonokokken hielten sich lange und schwanden jedenfalls nicht rascher als ohne Arthigonbehandlung. Gerade bei unseren Arthigonfällen war eine Behandlungsdauer von mindestens vier Wochen notwendig, bis zum ersten Male im Sekret keine Gonokokken mehr gefunden wurden, meist dauerte dies noch länger bis zu sechs, in einem Falle bis zu acht Wochen, so daß eine Behandlungsdauer von fünf Wochen etwa der Durchschnitt war. Um Mißverständnisse auszuschließen sei extra betont, daß für diese eben gemachte Zeitangabe der Zeitpunkt gewählt wurde, an dem, wie schon gesagt, das erstemal das Sekret gonokokkenfrei gefunden wurde. Im ganzen blieben die Patientinnen dann noch mindestens 2—3 Wochen in Behandlung, öfters auch noch länger, je nachdem das Sekret gonokokkenfrei blieb bei der Untersuchung oder nicht. Eine lokale Behandlung der Gonorrhöe mit Spülungen und mit Xerasepulver wurde dabei wie sonst zurzeit üblich weitergeführt. Wie wenig natürlich gerade bei der Frau das Freibleiben von Gonokokken auch über Wochen hinaus eine wirkliche Heilung leider gewährleistet, ist hier nicht auseinanderzusetzen.

Zum Schlusse seien noch zwei Fälle von kindlicher Vulvovaginitis erwähnt, bei denen wir ebenfalls einen Versuch mit Arthigon gemacht haben. Das eine Kind, das schon dreimal nach jeweilig viele Wochen langer Behandlung gonokokkenfrei zur Nachbehandlung aus dem Krankenhause entlassen worden war und doch immer einige Wochen nach der Entlassung mit einem Rezidiv wiedergekommen war, erhielt diesmal neben Spülungen mit Albargin wie früher Arthigoninjektionen, beginnend mit 0,3 ccm und langsam steigend bis 1,5 ccm als höchste Einzeldosis. Die Reaktionserscheinungen waren nur gering, 37,9° war die höchste dabei beobachtete Temperatur.

Nach Injektion von insgesamt 2,0 Arthigon, also einer Zeitdauer von etwa 14 Tagen, waren diesmal die Gonokokken aus dem Sekret verschwunden. Das Kind wurde nach vierwöchentlicher weiterer Beobachtung anscheinend gesund entlassen und ist bis heute, zirka drei Monate später, nicht wieder zurückgebracht worden; als Beweis für die endgültige Heilung ist dies aber natürlich nicht anzusehen, man kann nur sagen, daß es diesmal weit schneller gelungen ist, die Gonokokken zum Verschwinden zu bringen, als bei den vorhergehenden Behandlungen.

Das andere Kind, das zurzeit noch in Behandlung sich befindet, wurde vor drei Wochen aufgenommen; im Sekret der Urethra und der

Digitized by Google

Vulva wurden zahlreiche Gonokokken nachgewiesen. In der ersten Woche wurden lediglich Spülungen und Harnröhrenspritzen mit Albargin gegeben, dann wurde mit Arthigoninjektionen begonnen und wieder in der gleichen Weise, wie oben geschildert, vorgegangen. Nach Injektion von 2,25 Arthigon im ganzen war die Zahl der Gonokokken im Sekret der Vulva schon bedeutend verringert, während in dem der Urethra keine Verringerung beobachtet werden konnte; nach einer Gesamtdosis von 3,25 ccm waren, also einer Behandlungsdauer von 16 Tagen, weder in der Vulva noch in der Urethra Gonokokken mehr nachzuweisen, auch Eiterkörperchen fehlten vollständig im Sekret. Die lokale Behandlung wurde in gleicher Weise wie zu Anfang beibehalten. Handelt es sich in diesem Falle um einen Dauererfolg, was erst noch abzuwarten ist — das Kind befindet sich wie gesagt noch in Behandlung — so würde das zweifelsohne einen Erfolg der Arthigonbehandlung bedeuten.

Als Nebenerscheinungen der Arthigonbehandlung, die wir beobachteten, sind in erster Linie die Schmerzen an der Injektionsstelle zu nennen, über die in den allermeisten Fällen die Patienten einige Stunden nach der Injektion klagten. Da wir mit dieser Beobachtung im Gegensatz stehen zu den mitgeteilten Erfahrungen vieler anderer, die gerade die Schmerzlosigkeit oder doch nur minimale Schmerzhaftigkeit der Injektionen betonen, so suchten wir die Ursache dafür zunächst in irgend einem technischen Fehler der Anwendungsweise zu finden, was uns aber nicht gelang, so daß also nur Zufälligkeiten, wie z. B. die verschiedene Empfindlichkeit der Patienten gegen Schmerzen, als Erklärung übrigbleibt. Von den 62 männlichen Patienten waren es nur zwei, die gar keine Schmerzen an der Injektionsstelle hatten, acht weitere hatten nur geringe, lediglich auf Befragen angegebene Beschwerden, während alle übrigen direkt über Schmerzen klagten und bei verschiedenen es aus diesem Grunde schwer war, sie zur Fortsetzung oder Durchführung der Kur zu bewegen. Meist waren die Schmerzen, die einige Stunden nach der Injektion auftraten, am nächsten Tage wieder verschwunden, öfters hielten sie aber auch 2—3 Tage an und eine gewisse Druckempfindlichkeit des betreffenden Glutäus blieb mehrmals tagelang bestehen. Daß in bezug auf die Schmerzhaftigkeit der Zufall eine große Rolle spielen mag, ging daraus hervor, daß unter den weiblichen Patienten erheblich weniger über Schmerzen an den Injektionsstellen klagten; über die Hälfte der 19 Patientinnen hatte überhaupt keine und bei nur zweien waren sie so stark, daß die Patientinnen baten, von weiteren Injektionen Abstand zu nehmen. Nach unseren Beobachtungen muß man also doch sagen, daß die Arthigoninjektionen im allgemeinen keineswegs immer schmerzlos ertragen werden.

Digitized by Google

Temperatursteigerungen, entweder am Tage der Injektion selbst, oder meistens erst nach 12—24 Stunden, haben wir bei den Komplikationen der männlichen Gonorrhöe in fast allen Fällen konstatieren können. Nur 4 von unseren 62 Patienten reagierten während der Kur nie mit Fieber, die meisten bekamen nach der ersten Injektion der betreffenden Dosis eine Temperatursteigerung bis zirka 38°, eine ganze Reihe auch Temperaturen zwischen 38 und 39°. Bei vier Patienten sahen wir Fieber bis 40,2°, verbunden mit starkem Kopfschmerz und allgemeinem Krankheitsgefühl. Länger als zwei Tage hielten die hohen Temperaturen nie an und nur einmal ging das Fieber in lytischem Abfall ganz langsam zurück. Stärkere Kopfschmerzen und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens hatten wir auch in Fällen, in denen die Temperaturen unter 39° blieben, mehrmals zu verzeichnen.

Ein Patient mit Epididymitis gonorrhoica, der einige Wochen zuvor an meningitischer Erkrankung in einem anderen Krankenhause behandelt worden war, bekam in der Nacht nach der ersten Injektion von 0,5 Arthigon wieder einen epileptiformen Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit, der sich am nächsten Morgen noch einmal wiederholte. Ob neben dem zeitlichen etwa auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Arthigoninjektion und diesen wieder aufgetretenen Krampfanfällen bestand, ist nicht zu entscheiden, wir wollen lediglich das beobachtete Vorkommnis hier anführen und ebenso noch einen zweiten Fall erwähnen, in welchem ein Patient, früher bestimmt immer gesund, der wegen hartnäckiger Epididymitis im ganzen 11,5 Arthigon in zwei, nach einem Zeitraum von mehreren Wochen aufeinander folgenden Kuren bekommen hatte, einige Tage nach Vollendung dieser zweiten Kur einen epileptischen Anfall bekam. Von unseren weiblichen, mit Arthigon behandelten Fällen reagierten, wie schon oben erwähnt, nur 3 unter 19 mit Temperatursteigerungen über 38° und geringer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, wie leichtem Kopfschmerz, allgemeiner Mattigkeit, bei den anderen verlief die Kur ganz oder nahezu reaktionslos. Im allgemeinen machten wir die Beobachtung, daß bei den Patienten, die am stärksten auf die Injektionen reagierten, auch die besten Erfolge erzielt wurden, während bei den anderen, die gar keine Reaktion zeigten, kein oder nur ein unbedeutender therapeutischer Effekt erzielt wurde.

Wenn wir nun im ganzen unsere Versuche mit der Arthigontherapie einer kritischen Betrachtung unterziehen und diese mit anderen bereits veröffentlichten Berichten darüber vergleichen, so bleiben unsere Resultate hinter den von anderen geschilderten teilweise weit zurück.

Gerade bei der Epididymitis gonorrhoica können die meisten Autoren von der Behandlung mit Arthigon resp. Gonokokkenvakzine überhaupt

Digitized by Google

nur Gutes berichten, so Bruck, Reiter, Schindler, Hecht und Klausner, Wolfsohn, Rohrbach, Friedländer und Reiter, Simon, Dorn, Schultz. Alle haben in einer Reihe von Fällen, mit mehr oder weniger Versagern natürlich, eine sehr gute und unverkennbare Wirkung des Arthigons auf die subjektiven und objektiven Symptome der Erkrankung gesehen; ganz besonders wird ein rasches Nachlassen und Verschwinden der Schmerzhaftigkeit des erkrankten Nebenhodens, eine teilweise wesentliche Verkürzung des Krankheitsprozesses und in vielen Fällen gar kein oder doch nur ein geringes Zurückbleiben von Infiltration im erkrankten Organe ganz besonders hervorgehoben.

Während Schmitt, Menzer, Merkuriew und Sieber u. a. auch von einer auffallenden Abnahme des Schleimhautsekrets und seines Gehaltes an Gonokokken berichten können und demnach die Vakzine auch für die Behandlung der offenen Urethralgonorrhöe empfehlen, wurde dies von den meisten anderen Autoren, wie Bruck, Schindler, Reiter, Hecht und Klausner, Simon, Schultz usw. nicht beobachtet und wie Bruck ausdrücklich erwähnt, theoretischen Erwägungen folgend auch gar nicht erwartet.

Unsere Fälle zeigten, wie schon erwähnt, gar keine Beeinflussung in dieser Hinsicht. Wohl am meisten gelobt wird die Vakzinebehandlung hinsichtlich ihres therapeutischen Erfolges aber von allen Autoren bei Arthritis gonorrhoica. Natürlich sind hinsichtlich dieser Komplikation der Gonorrhöe lange nicht so viel Resultate bekannt, wie bei der Epididymitis gonorrhoica entsprechend ihrem sehr viel selteneren Auftreten, aber die bisher gemachten Beobachtungen lassen eine spezifische Einwirkung der Vakzine auf den Verlauf des Krankheitsprozesses über jedem Zweifel erhaben erscheinen, wenn natürlich auch teilweise Mißerfolge vorkamen; dabei wird besonders die meist rasch einsetzende günstige Beeinflussung der Schmerzen und als Enderfolg das Fehlen von Ankylosen der befallenen Gelenke hervorgehoben. Auch bezüglich der Behandlung der Prostatitis sind im allgemeinen günstige Erfahrungen gemacht worden.

Auch wir sahen bei unseren Patienten die besten Erfolge von der Arthigonbehandlung bei den Fällen von Arthritis gonorrhoica, und zwar waren die Resultate bei unseren vier Patienten so unverkennbar gute, daß wir diese Therapie bei jedem Fall von derartiger Erkrankung nur anraten können. Ebenfalls halten wir nach unseren Erfahrungen bei stärkerer Prostatitis einen Versuch mit Arthigon für sehr angezeigt. Die Epididymitis gonorrhoica sahen wir speziell in unseren Fällen weniger günstig als die Arthritis durch Arthigon beeinflußt, weder hinsichtlich einer Abkürzung des Krankheitsverlaufes, noch hinsichtlich der erwünschten Restitutio ad integrum.

Digitized by Google

Immerhin kann auch nach unseren Erfahrungen ein Versuch mit Arthigon empfohlen werden, um so mehr, als die übrigen, uns zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen meist von keinem befriedigenden Erfolg begleitet zu sein pflegen.

Bei der Zervikalgonorrhöe ist im allgemeinen die Vakzinebehandlung noch weniger versucht worden, sie wird namentlich von Schmitt, Dorn, Schultz u. a. als in vielen Fällen günstig wirkend empfohlen; wir haben bei unseren Patientinnen keinerlei Beeinflussung dieser Erkrankung, ebensowenig wie bei der Urethral- und Rektalgonorrhöe beobachten können. Dagegen sehen wir anscheinend Günstiges bei der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder, von deren Behandlung mit Arthigon ja besonders auch Rygier Erfolgreiches berichtet; namentlich in dem letzten Falle, der sich noch in Behandlung befindet, scheint eine verhältnismäßig sehr rasche Besserung erreicht worden zu sein. Da auch bei dieser Erkrankung unsere bisherige Therapie nur sehr unbefriedigend ist, so kann ein Versuch mit Arthigon nur empfohlen werden.

Ob die Arthigonbehandlung für die ambulante Praxis, wenn nicht die Möglichkeit einer wiederholten mehrtägigen Bettruhe besteht, zu empfehlen ist, möchten wir in Anbetracht der meistens auftretenden und auch erwarteten Reaktionen nach unseren Erfahrungen bezweifeln.

Es treten eben doch öfters Temperatursteigerungen über 38° auf, auch lokal wurden oft nach den Injektionen erhebliche Schmerzen angegeben, die beide in vielen Fällen Bettruhe unbedingt indizieren.

Resümee.

Im ganzen bedeutet die Vakzinebehandlung, nach unseren Erfahrungen mit Arthigon, eine Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel im Kampfe gegen die gonorrhoischen Komplikationen. Bei der Arthritis gonorrhoica ist es für uns eine sehr wertvolle Unterstützung, bei Epididymitis, Prostatitis und Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder kann ein Versuch empfohlen werden, allerdings wird man nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen einen deutlichen Erfolg sehen. Bei einfacher Urethritis, bei Zervix- und Rektalgonorrhöe ist dagegen nach unseren Erfahrungen ein Erfolg nicht zu erwarten.

Nachtrag: Bezüglich unserer Erfahrungen über Vakzinebehandlung bei kindlicher Vulvovaginitis gonorrhoica ist noch folgendes nachzutragen.

Bei dem Kinde, das zur Zeit der Abfassung obiger Arbeit sich noch in Behandlung befand, und das, wie wir berichten konnten, nach Injektion von im ganzen 2,25 Arthigon vollständig gonokokkenfrei war und wochenlang gonokokkenfrei blieb, haben sich nunmehr doch wieder zahl-

Digitized by Google

reiche Gonokokken im Sekret der Urethra und Vulva eingestellt. Unsere Hoffnung, in diesem Falle von einem Dauererfolg der Arthigonbehandlung berichten zu können, ist durch die weitere Beobachtung, während welcher jede Behandlung weggelassen worden war, also bedauerlicherweise nicht erfüllt worden.

Ebenso haben zwei weitere Fälle von kindlicher Gonorrhöe, die sich noch in Behandlung befinden und bei denen heute, nach Injektion von im ganzen 4,5 Arthigon, die Gonokokken noch immer nicht aus Rektum und Vulva verschwunden sind, unsere, nach anfänglichen, anscheinenden Erfolgen an die Vakzinebehandlung geknüpften Erwartungen unerfüllt gelassen.

Literatur.

1. C. Bruck, Über Epididymitis blenn. u. ihre Behandlg. Med. Klinik, 1910, Nr. 21. — 2. Hecht u. Klausner, Üb. neuere Gonorrhöebehandlg. Berl. klin. Wochenschr., 1911. — 3. Schindler, Üb. neuere Methoden der Gonorrhöebehandlg. u. die aktive Immunisierung mit Gonokokkenvakzine. Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 40. — 4. Friedländer u. Reiter, Üb. Vakzinebehandlg. blennorrh. Komplikationen. Berl. klin. Wochenschr., 1910. — 5. Rohrbach: Üb. neuere Behandlgsmethoden gonorrh. Komplikat. Derm. Ztschr., 1912. — 6. Wolfsohn, Üb. Vakzinationstherapie. Berl. klin. Wochenschr., 1911. — 7. Bruck, Üb. spezif. Behandlung gonorrh. Prozesse. Dtsch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 11. — 8. Reiter, Üb. Vakzinebehandlg. gonorrh. Komplikationen. Derm. Ztschr., Bd. 18. — 9. Merkuriew u. Sieber, Anwendg. der Gonokokkenvakzine. Ruskij Wratsch, 1911, Nr. 11. Ref. in Derm. Wochenschr., 1911. — 10. Menzer, Die kausale Behandlg. d. akuten u. chron. Gonorrhöe des Mannes. Münch. med. Wochenschr., 1911. — 11. Schmitt, Die spezif. Behandlg. der Gonorrhöe m. besond. Berücksichtigg. d. Zervixgonorrhöe. Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41. — 12. Bruck, Die kausale Behandlg. der akuten u. chron. Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr., 1911. — 13. Fraenkel, Zur Frage der Vakzinetherapie des Tripper. Russ. Ztschr. f. Haut- u. ven. Krankh., Bd. 21. Ref. in Derm. Wochenschr., 1911. — 14. Dorn, Erfahrungen mit Gonokokkenvakzine Arthigon. Derm. Wochenschr., 1912, Nr. 11. — 15. Simon, Üb. Arthigonbehandlg. der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10. — 16. Schultz, Klin. Erfahrgen. m. d. Gonokokkenvakzin Arthigon (Bruck). Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50. — 17. Rygier, Üb. Arthigonbehandlg. der gonorrh. Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 50.

Fachzeitschriften.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

14. Jahrgang, Nr. 166, Oktober 1912.

Gegenwärtiger Stand der Therapie mit Radium, von S. Velasquez de Castro. Der Verfasser gibt folgende Winke für den Gebrauch des Radiums:

1. Nur oberflächliche Wirkung ohne Reizung. a) oberflächliche Läsionen (Ekzem, Neurodermitis). Der Apparat wird ohne Filter oder höchstens mit sehr dünnem Kautschuküberzug angewandt (1—3 Minuten lang in täglicher Sitzung, dann acht Tage Pause

Digitized by Google

und Wiederholung der Applikation 3—4 mal). b) etwas tiefere Läsionen (Lichenifikationen): Der Apparat wird mit 4—8 hundertstel Millimeter Aluminium, fünf Papierlagen und einem dünnen Kautschuküberzug versehen. Die Applikation erfolgt fünf Tage hintereinander während 3—5 Minuten. Nach acht Tagen Wiederholung usf. c) tiefere Läsionen (oberflächliches Kankroid und Keloide). Filtrierung mit $^1/_{10}$ Millimeter Blei, zehn Lagen Papier und Kautschuküberzug. Die Sitzung dauert zwei Stunden, verteilt über acht Tage. Nach acht Tagen werden die Sitzungen wiederholt.

2. Oberflächliche Wirkung mit Zerstörung. (Oberflächliches Karzinom, Naevus pigmentosus.) Der Apparat wird ohne Filter oder mit 1—5 hundertstel Millimeter Aluminium verwandt. Dauer drei Stunden hintereinander oder täglich eine Stunde, aber im ganzen vier.

3. Tiefenwirkung ohne Irritierung der Oberfläche. (Keloide, Krebse usw.) Bleifilter von 5—10 hundertstel Millimeter Dicke 3 Tage hintereinander je eine Stunde, nach 8 Tagen Wiederholung. Oder Bleifilter von 1 mm Dicke 3 Stunden an je 6 aufeinanderfolgenden Tagen, oder 12 Stunden hintereinander. Oder Bleifilter von 2 mm Dicke (z. B. bei Brustdrüsenkrebs). Dauer ungefähr 70 Stunden, 10—12 Stunden alle 2 Tage. Oder 3 mm dickes Bleifilter. Dauer 150 Stunden in Sitzungen von 10 Stunden alle 2 Tage.

4. Tiefenwirkung mit Reizung der Oberfläche (Hautkrebs mit Wachstum in die Tiefe). Bleifilter von 1 mm Dicke. Dauer 72 Stunden hintereinander.

Die Applikationen erfolgen mit einem flachen Metallapparat von 6 cm Durchmesser bei einer Gesamtstrahlung von 580000 Uraneinheiten.

Zuletzt bespricht der Verfasser in eingehender Weise die radioaktiven Heilquellen.

A. Gunsett-Straßburg.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 2, 1912.

1. Beiträge zur Pathologie des Nierenbeckens, von Rudolf Paschkis-Wien.

2. Zur Frage der Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose, speziell der sogenannten „Kittniere" (Drei Fälle von Nierentuberkulose, lokaldiagnostiziert mittels Röntgenuntersuchung), von Gustaf Soederlund-Upsala. Aus dem Bericht des Verfassers geht hervor, daß es Fälle gibt, bei denen die Röntgenuntersuchung die Möglichkeit gewährt, bei konstatierter Nierentuberkulose zu entscheiden, welche Niere die erkrankte ist. Die Anwendbarkeit der Methode ist zwar auch hier durch den Umstand eingeschränkt, daß nur weit vorgeschrittene Nierentuberkulosen hinreichende Veränderungen auf der Röntgenplatte ergeben. Doch ist zu berücksichtigen, daß es vor allem eben die weit vorgeschrittenen Fälle sind, die zu Blasenveränderungen der Art zu führen pflegen, daß sie einer Ureterenkatheterisierung hindernd im Wege stehen.

3. Bericht über die Tätigkeit der an die Straßburger chirurgische Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke, von C. Adrian. Der Bericht ist auf Seite 1266, Bd. 55 referiert. W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 9, September 1912.

1. Mißbildungen der Zähne bei Erbsyphilis, von Gaucher. Es gibt zahlreiche Fälle, bei denen Mißbildungen oder Unterentwicklung der einen oder anderen Art allein die Diagnose einer Erbsyphilis stellen lassen und dazu gehören in erster Linie Veränderungen an den Zähnen, die zwar durch die verschiedensten Affektionen ver-

Digitized by Google

ursacht sein können, aber praktisch doch immer auf Syphilis zu beziehen sind, da die Syphilis die einzige Erkrankung ist, die den Fötus befallen und Veränderungen an ihm hervorbringen kann, ohne ihn in jedem Falle zum Absterben zu bringen. Besonders sind es die Zähne, an denen Veränderungen nachweisbar sind und eine Diagnose ermöglichen, und zwar durchaus nicht immer nur die von Hutchinson beschriebene Form, die gerade, wie Verfasser meint, häufiger anderen Affektionen ihren Ursprung verdankt, als eine Reihe Veränderungen sowohl der Milch- wie der bleibenden Zähne, die Verfasser eingehend beschreibt und mit Beispielen belegt. So hat er punktförmige Depressionen und Grübchenbildungen an der Zahnkrone nachweisen können; andererseits Unregelmäßigkeiten der Bißfläche mit Emailledefekten bei den Backenzähnen. An den Schneidezähnen sind die Ränder oft gezähnt wie bei einer Säge, oft von vorn nach hinten abgeplattet, verdünnt, gelblich und schleimig. Weit häufiger sind Unterentwicklung der Zähne und Fehler in der Zahnstellung. Erst kürzlich hat er wieder einen Fall beobachten können, bei dem der mittlere obere linke Schneidezahn vor dem rechten stand, während die beiden Eckzähne gegeneinander geneigt, geriffelt und ausgezackt waren. Die lateralen Schneidezähne waren zugespitzt wie Eckzähne.

2. Ein Fall von periungualem Schanker, von Gaucher, Giroux und Brin. Es handelt sich um einen 38jähr. Steinträger, der nach einer kleinen oberflächlichen Verletzung, die er sich im Beruf zugezogen, am rechten Mittelfinger eine Ulzeration bekam, die erst als syphilitisch erkannt wurde, als am Körper ein Allgemeinexanthem sichtbar war. Die sekundären Erscheinungen traten bereits drei Wochen nach dem Auftreten des Schankers in Erscheinung. W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Praxis der Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (Berlin 1912, August Hirschwald.) Jeder, der die interessanten Arbeiten von G. gelesen hat, wird, wenn er auch dessen enthusiastische Anschauungen über das Salvarsan nicht teilt, mit größtem Interesse ein Buch begrüßen, in welchem Verfasser seine reichen Erfahrungen niederlegt und kritisch beleuchtet. Wenn auch die Darstellungsweise oft nicht so flüssig ist, daß sie die Lektüre zu einer leichten macht, so fesseln doch die auf jeder Seite des Buches hervortretende außerordentlich scharfe Beobachtung und die daraus in scharfsinniger Weise gezogenen Schlußfolgerungen derart, daß man auch bei abweichenden Ansichten das Buch nur mit Befriedigung aus der Hand legen und bekennen wird, mancherlei Anregung empfangen zu haben. Verfasser hat bekanntlich versucht, die Salvarsanbehandlung, deren Therapia sterilisans magna mit einem Iktus sobald Fiasko machte, zu einer planmäßigen und systematischen zu gestalten, um das nicht mit einem Male erreichbare gewünschte Ziel durch Sorgfalt und Gründlichkeit zu erreichen. „Die Entwicklung der Salvarsanbehandlung hat in mancher Hinsicht andere Bahnen eingeschlagen, als zu erwarten war. Die Gründe der Mißerfolge haben die Aussicht auf einen definitiven Erfolg nicht schlechter, sondern besser werden lassen, und dazu ist nötig, daß die Behandlung längere Zeit fortgeführt werde und sich nicht nur dem einzelnen Stadium der Syphilis im allgemeinen, sondern auch dem einzelnen Falle individuell anpasse; besonders sind es die Reaktionsneigung des Einzelorganismus gegen die Behandlung, die beobachtet, und die temporären Kontraindikationen, denen Rechnung getragen werden muß."

Immerhin ist wichtig, daß Verfasser, der in der ersten Zeit die ausschließliche

Digitized by Google

Salvarsanbehandlung der Syphilis befürwortete, die Kombination mit Quecksilber heute in vielen Fällen für wichtig, ja als nötig anerkennt, und zwar besonders in der Form einer Vorbehandlung; denn wenn er auch meist die Fieberreaktion auf den sogenannten Wasserfehler (trotz vieler anders lautender Publikationen) zurückführt, so ist ihm doch aufgefallen, daß besonders häufig frische bzw. unbehandelte Fälle stark zu reagieren pflegen und diese Reaktion sich durch Vorbehandlung mit Quecksilber vermeiden läßt.

Er glaubt nicht an eine kumulierende Arsenwirkung des Salvarsans, wenn intravenös injiziert wird; er hat bis 10—12 Injektionen innerhalb kurzer Zeit geben können. Es erscheint aber wichtig, jede vermehrte Reaktion des Organismus durch genaueste Beobachtung als Folge der Salvarsaninjektion zu erkennen und darnach die Injektionspause entsprechend zu verlängern und die nächste Einzeldosis herabzusetzen. Seine Ausführungen über diesen Punkt sind außerordentlich lesenswert, besonders auch seine Beurteilung des Neosalvarsans, das er wegen seiner hohen Zersetzlichkeit und dadurch hervorgerufenen unangenehmen Erscheinungen und oft unerwartet kommenden Reaktionen, die die Beurteilung der Verträglichkeit sehr erschweren, dem Salvarsan nachstellt.

Noch interessanter sind seine Ausführungen über den Wassermann nach provokatorischer Salvarsaninjektion und seine Erklärung desselben. Wenn auch seine Anschauungen vom Muntermachen alter Einzelherde und Ausstreuung syphilitischen Materials von einer Ruhestelle aus über den ganzen Körper nichts absolut Neues bringt, so wird doch die vom Verfasser immer und immer wieder betonte Denkweise bei geeigneter exakter klinischer Beobachtung uns noch manchen neuen Einblick in die Syphilis bringen.

Zwei Punkte sind den Ausführungen des Verfassers entgegenzustellen. Einmal, daß seine gehäufte intravenöse Salvarsanbehandlung bei einem großen Teil unserer syphilitischen Klientel an äußeren und nicht zuletzt an pekuniären Gründen scheitern wird; und sodann, daß er heute nach zwei Jahren Salvarsanbehandlung ein Urteil über die definitive Heilung einer oft über Jahrzehnte sich erstreckenden Erkrankung ausspricht, und sich dabei als einziger Stütze des Wassermann prognostisch und in einer Weise bedient, wie sie derselbe nach alledem, was wir heute davon wissen, noch kaum verdient. W. Lehmann-Stettin.

Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung, von Carl Kopp-München. (Leipzig 1912, Johann Ambrosius Barth.) Das bekannte Heft 4 der Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das einen bereits im Jahre 1904 gehaltenen Vortrag von Professor Kopp enthält und durch die Art, wie es den in Rede stehenden Gegenstand behandelt, außerordentlichen Anklang gefunden hat, erscheint in dritter unveränderter Auflage. W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Weitere Untersuchungen über die Inokulierbarkeit leprösen Materials in die vordere Augenkammer vom Kaninchen, dritte Mitteilung von Rudolfo Stanziale-Neapel. (Centralbl. f. Bakteriol., 1911, Bd. 61, H. 4/5.) In Fortsetzung früherer Versuche hat Verfasser nun im ganzen 31 Kaninchen inokuliert; je nachdem festes oder flüssiges Material benutzt wurde, waren die Resultate ganz verschiedene. Im letzteren Falle waren sie stets negativ, von den 19 Inokulationen mit festem Material fielen 8

Digitized by Google

(= 42%) positiv aus. Auf Grund dieser Resultate möchte S. behaupten, daß die Vorderkammer des Kaninchenauges den besten und bis heute sogar den einzigen Weg zur Einimpfung des Leprakeimes darstellt. Dieser positive Erfolg kann von verschiedenen Umständen, z. B. dem Zustande des inokulierten leprösen Gewebsstückes (möglichst aus floriden Herden), der Menge der im inokulierten Stück vorhandenen Leprabazillen, dem Zeitraume, der zwischen Entnahme des leprösen Materials und der Einimpfung desselben verflossen ist (beste Resultate, wenn man unmittelbar nach der Exzision inokuliert) u. a. m. abhängen. Das inokulierte Kaninchen kann kürzere oder längere Zeit (54 bis 94 Tage) nach der Inokulation sterben und zeigt bei der Obduktion die gewöhnlichen Erscheinungen der Allgemeinintoxikation. Der granulomatöse Neubildungsprozeß beginnt, wie die histologischen Befunde lehren, entsprechend den Resten des eingepflanzten leprösen Gewebsstückes, das in deutlicher Resorption begriffen ist. Die wichtigste Tatsache ist die Entwicklung von Herden entfernt vom eingeimpften Stück, welche durch die direkte Untersuchung und den histologischen und bakteriologischen Befund unzweifelhaft erwiesen ist. Die Wassermannsche Reaktion fiel in den Fällen positiv aus, wo die Inokulation ein positives Resultat gehabt hat; eine gewisse Bedeutung möchte daher S. der Wassermannschen Reaktion bei den mit Erfolg geimpften Tieren zuerkennen. Verschiedene Kontrollversuche mit andersartig behandeltem Material (von Lepraherden, steriler Haut usw.) ergaben stets entsprechend negatives Resultat und bekräftigten die obigen erzielten positiven Ergebnisse. Weitere Versuche werden noch folgen.

Stern-München.

Inokulation des Hansenschen Bazillus ins Kaninchenauge, von A. Serra. (Lepra, 1911, Bd. 12, Nr. 1.) Inokulationen in die Aurikularvene und die Conjunctiva bulbi waren resultatlos. Hingegen erzeugten Inokulationen einer Bouillonkultur in die vordere Kammer eine heftige Reaktion mit Iridozyklitis und Keratitis ohne Bazillenherde im Gewebe, während im Humor aqueus noch sieben Monate später Leprabazillen nachweisbar waren. Agarkulturen, die in die vordere Kammer injiziert wurden, verursachten Knötchen, welche histologisch Lepromen gleichen, Bazillen enthielten und nicht auf Meerschweinchen übertragbar waren.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die Verpflanzung von Lepraknoten in die Vorderkammer des Kaninchenauges, von V. Chirivino. (Gaz. internaz. di med. e chir., 1912, Nr. 6—7.) Die Einpflanzung großer Fragmente von bazillenreichen Lepromen in die Vorderkammer des Auges von Kaninchen kann bedeutende lokale Alterationen herbeiführen; in einzelnen Fällen (zweimal bei 24 Versuchen des Verfassers) fällt die Einimpfung negativ aus, obwohl sie mit demselben Material und unter denselben Verhältnissen geschah.

Die makroskopischen Veränderungen bestehen in einer Vergrößerung des Volumens des eingeimpften Knötchens; dieselbe beginnt im Durchschnitt fast ein Monat nach der Inokulation, also zu einer Zeit, wo die lokalen, auf die Impfung folgenden entzündlichen Reaktionserscheinungen bereits seit einiger Zeit verschwunden sind. Diese Vergrößerung des Lepromstückes, welcher eine Phase unvollständiger Involution vorausgeht, ist anfangs hauptsächlich durch Adhärenzen mit der Iris und durch eine zunehmende Vaskularisation bedingt, während eine Kleinzelleninfiltration, mit zahlreichen epitheloiden Zellen, allmählich das eingeimpfte Gewebe befällt und in dem Maße, wie dieses der Nekrose anheimfällt und resorbiert wird, an seine Stelle tritt. Es entsteht somit ein granulomatöser Knoten, welcher sich stets vergrößert, die hintere Oberfläche der Hornhaut erreicht, korneale Läsionen herbeiführt — von einer einfachen Trübung bis zu einer Verschwärung und einer Perforation, durch welche das Granuloma emporragt — und kann zum Teil auf diesem Wege eliminiert werden; kann aber auch allerlei sonstige Komplikationen von seiten der Kornea oder der Iris hervorrufen.

Digitized by Google

An von dem eingeimpften Knoten entfernten Stellen können Alterationen der Hornhaut, in Form umschriebener Trübungszonen, und besonders solche der Iris auftreten, bestehend, diese in granulomatösen Infiltrierungen in Form kleiner entweder dem Pupillenrande entlang reihenweise angeordneter oder über die Irisoberfläche zerstreuter gelblicher miliarer Erhabenheiten.

Es können auch noch schwerere Veränderungen auftreten, mit Vergrößerung des ganzen Augapfels und Zunahme seiner Konsistenz und seines Druckes, so daß man annehmen kann, der krankhafte Prozeß sei nicht mehr auf die äußeren Häute des Auges beschränkt.

Mehrere Umstände legen die Annahme nahe, daß die geschilderten Veränderungen auf die Anwesenheit der mit dem Gewebe eingeimpften Bazillen zurückzuführen seien, welche in den mikroskopischen Präparaten massenhaft nachweisbar waren, und zwar sowohl im Hauptgranulom, wie in den sekundären und in den in Entfernung aufgetretenen.

Die Komplementbindungsreaktion mit syphilitischem Antigen und mit leprösem Antigen fiel bei allen Kaninchen, obwohl sie wiederholt und selbst vier Monate nach der Einimpfung ausgeführt wurde, stets negativ aus. K. Rühl-Turin.

Leprapropbylaxe und Leprabekämpfung, von Jeanselme. (Presse méd., 1911, Nr. 102.) In diesem Aufsatz bespricht J. die administrativen Maßregeln, welche für eine wirksame Bekämpfung der Lepra in den französischen Kolonien getroffen werden müßten.

Gunsett-Straßburg.

Die neuen Behandlungsmethoden der Lepra, von Jeanselme. (Presse méd., 1911, Nr. 96.) Zunächst gibt Jeanselme eine neue Formel zur Präparation des Chaulmoograöles an, das in dieser Form fast schmerzlos injiziert werden kann, keine Infiltrate hinterläßt, lange Zeit eingespritzt werden kann und nie eine Fettembolie der Lunge verursacht hat. Als Exzipiens wird folgende Mischung genommen: Guajacol 0,5, Camphorae 0,25, Ol. Vaselini und Vaselin sterilisiert und filtriert āā 5,0.

Diese Mischung wird zu gleichen Teilen mit Chaulmoograöl verrieben, das vorher in Alkohol gewaschen, über Watte filtriert und bei 100° sterilisiert worden ist.

Engel-Bey ersetzt das gewöhnliche Chaulmoograöl durch das Antileprol, ein gereinigtes Öl, das gut vertragen wird.

Rost will Leprabazillen kultiviert haben und stellt daraus eine Substanz, das Leprolin, dar, welches, Leprösen injiziert, eine Reaktion und ein Zurückgehen der leprösen Läsionen herbeiführt. De Beurmann und Gougerot hatten mit dem Mittel in Paris gute Erfolge.

Deycke extrahierte aus Kulturen des Streptothrix leproides ein Bakterienfett, dessen Verbindung mit Benzoilchlorid er den Namen Nastin β gab. Da er bei seinen mit diesem Mittel behandelten Fällen 94% Erfolge hatte, bezeichnete er dasselbe als für Lepra spezifisch. Jeanselme führt die teils wiedersprechenden Resultate anderer Verfasser an und teilt einen eigenen Fall mit, in welchem er mit Nastin keinen Erfolg hatte.

Mit Röntgentherapie, welche er in mehreren Fällen versuchte, erzielte er einen Rückgang der Tuberkel und der Nervenschmerzen. Doch war der Erfolg bei Schmerzen in den peripheren Nervenendigungen nur vorübergehend. Er empfiehlt in solchen Fällen, nicht die schmerzhafte Stelle, sondern den Stamm des Nerven zu bestrahlen. Auch mit Hochfrequenz (Vakuumelektrode) hatte er bei Parästhesien gute Erfolge, desgleichen bei progressiver Muskelatrophie nach lepröser Neuritis, besonders in Verbindung mit dem galvanischen Strom. Mit dem Hochfrequenzfunken (Fulguration) kann ferner das Mal perforant der Leprösen behandelt werden. Ein Fall wurde in 40 Tagen geheilt mit Sitzungen, die alle 8 Tage stattfanden, und bei einer Funkenlänge von 4—5 cm.

Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

b. Tuberkulose.

Die Hauttuberkulose. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 48.) Eine kurze Sammlung der bei den verschiedenen Lupusformen gebräuchlichlichen Behandlungsmethoden.

Gunsett-Straßburg.

Über disseminierte Hauttuberkulosen im Kindesalter, von Carl Leiner und Fritz Spiller-Wien. (Ergeb. der inner. Med. u. Kinderheilk., Bd. 7.) Die Verfasser haben uns eine überaus wertvolle Arbeit übergeben. Nach einer ausführlichen historischen Einleitung, in der sie sich über die Entstehung der verschiedenen Hauttuberkulosen und der Angabe der besonders um diese Frage verdienten Verfasser verbreiten, besprechen sie in ausführlicher klarer Weise die einzelnen tuberkulösen Dermatosen, wie Lupus vulgaris disseminatus, Gommes scrofuleuses disséminées, Lichen scrofulosorum, Folliclis (papulonekrotisches Tuberkulid), Erythema induratum Bazin, disseminierte akute Miliartuberkulose der Haut, schließlich die Prognose und Therapie der disseminierten Hauttuberkulosen. Es sei auf diese Arbeit im Orginal besonders hingewiesen. Chrzelitzer-Posen.

Entzündliche Tuberkulose der Haut, von A. Poncet und R. Leriche. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 5.) In längerer Ausführung zeigten die Verfasser an einigen Krankheitsbildern, wie Erythema nodosum, Psoriasis, Keloiden usw., daß die Hautkrankheiten in vielen Fällen ein tuberkulöse Ätiologie haben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Kasuistik der Mundschleimhauttuberkulose, von Erich Freih. v. Redwitz-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 6.) Bei einem aus tuberkulöser Familie stammenden 40jährigen Patienten, der selbst suspekte Lungenspitzen aufwies, fand sich eine umschriebene Tuberkulose auf der rechten Wangenschleimhaut, die durch zweimalige Exzision radikal entfernt wurde und in $3^1/_2$ Jahren in loco noch nicht rezidiviert war. Dagegen trat um diese Zeit auf der Schleimhaut der anderen Wange ein ähnlicher Prozeß auf, der ebenfalls wieder operiert wurde. W. Lehmann-Stettin.

Über Zungentuberkulose, von Alois Keller. (Inaug.-Dissert., Würzburg 1911.) Nach rein kasuistischen Mitteilungen aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Kehlkopfkranke zu Würzburg bespricht der Verfasser das Vorkommen, die Ätiologie, Anatomie, Lokalisation, die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie, ohne wesentlich Neues zu bieten. Fritz Loeb-München.

Neue immunobiologische und klinische Tuberkulosestudien (mit Berücksichtigung der Lepra), von Much. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 13.) Das Tuberkulosevirus besteht 1. aus Eiweiß, 2. aus Fettsäuren, 3. aus Neutralfett, 4. Gift. Jedes dieser Partialantigene erzeugt einen eignen Antikörper. Die Neutralfettantikörperbildung geht bei Tuberkulose und Lepra einher mit klinischer Besserung. Bei prognostisch günstiger Tuberkulose wird er in großen Mengen gebildet, bei Lepra nicht, kann hier aber durch Nastininjektion erzeugt werden (Vakzinetherapie durch Partialantigene). Die Injektion von bakteriellem Neutralfett hat bei Tuberkulose schädliche Folgen. Das Alttuberkulin enthält nicht alle Partialantigene. Die Tuberkulinreaktion kann bei verschiedenen Kranken auf verschiedenen Ursachen beruhen, auf Überempfindlichkeit gegen das Fett oder das Eiweiß oder Gift der Tuberkelbazillen. Eine genaue serologische Blutanalyse muß dies feststellen. Werther-Dresden.

Über den Einfluß im Blut kreisender Tuberkulosegiftstoffe auf den Verlauf tuberkulöser Exantheme mit besonderer Berücksichtigung eines eigenartigen Falles von sogenanntem Tuberkulid, von Alfred Hagen. (Inaug.-Dissert., Würzburg 1911.) Von einer Reihe von Hautaffektionen, den sog. „Tuberkuliden", ist bekannt,

Digitized by Google

daß sie in einem gewissen kausalen Zusammenhang mit der Tuberkulose stehen; es ist aber bisher in vielen Fällen nicht gelungen, einen einwandsfreien Nachweis ihrer bazillären Entstehung, bzw. ihrer Infektiosität zu führen. Diese „Tuberkulide" unterscheiden sich prinzipiell in keinem Punkte von den sog. „echten" Hauttuberkulosen. Der sichere Nachweis von Tuberkelbazillen, positive Kultur- und Tierversuche, sowie Herdreaktionen nach subkutaner Tuberkulinzuführung beweisen den Zusammenhang einer unklaren Erkrankung mit Tuberkulose, während ihr Fehlen nicht dagegen spricht. In dem der Arbeit zugrunde liegenden Fall, der wegen seiner Eigenart ausführlicher geschildert sei, handelte es sich um einen 21jährigen Arbeiter, dessen Vater an Lungentuberkulose gestorben war. Die jetzige Erkrankung begann am Rücken vor drei Monaten. Es bildeten sich hier kleine juckende Knötchen. Allmählich breitete sich der Ausschlag über den ganzen Körper aus. Keine Nachtschweiße. Geringe Drüsenschwellungen beider Ohrgegenden. Halsdrüsen sowie die Nackendrüsen leicht vergrößert. Über dem ganzen Körper ein Exanthem, im allgemeinen aus drei Arten von Effloreszenzen zusammengesetzt: am Stamm gelbe bis braunrote, stecknadelkopfgroße, mit kleinen Schüppchen bedeckte Knötchen, die die Hautoberfläche nur wenig überragen. Diese an den oberen Teilen isoliert stehenden Effloreszenzen treten nach abwärts stärker zusammen und konfluieren besonders in der Gesäßgegend zu großen Feldern, lassen aber stets Reste normaler Haut zwischen den einzelnen kleinen Gruppen. An den oberen Extremitäten neben gleichen Effloreszenzen über talergroße, ziemlich scharf abgesetzte, leicht erhabene, gerötete und infiltrierte Herde mit kleinen Schüppchen, die eine gewisse Felderung zeigen, offenbar durch völliges Zusammenfließen derartiger Knötchen entstanden. Besonders an dem Sitz reichlicher Effloreszenzen diffuse Pigmentation der Haut von schmutziggraubraunem Ton. Narbenbildung scheinen diese Knötchen im Bereiche der oberen Extremitäten wie des Stammes bei ihrer Rückbildung kaum zu hinterlassen. Anders bei den Effloreszenzen der unteren Extremitäten, besonders der Streckseiten. Hier hauptsächliche zarte, oberflächliche livide Narben, offenbar Endausgang indolenter, ähnlicher, meist follikulärer, entzündlicher Effloreszenzen. Subkutane Einspritzung von 1 mg Alttuberkulin ergab bei leichter Temperatursteigerung keine lokale Reaktion an den Effloreszenzen. Diagnose: Lichen scrophulosorum, Ekzema scrophulosorum, Lymphadenitis tuberculosa. Drei Wochen später: Drüsen beider Ohrgegenden stärker geschwollen. Es hat sich ein Ekzem beider Naseneingänge eingestellt; 5 % Hydrarg. praecip. alb. Paste, am Körper Alsolcreme. Effloreszenzen an Brust und Rücken geringer geworden, doch im Bereich des Gesäßes und Abdomens neuer Schub. Es wird jetzt chronische Tuberkulinbehandlung begonnen, zunächst mit $^1/_{100}$ Alttuberkulin. Eine Woche später: die bereits beim Eintritt bestehende Konjunktivitis hat sich zu einem phlyktänulären Katarrh mit reichlichen Randphlyktänen verschlimmert. Beiderseits tuberkulöse Phlyktänen der Bindehaut und der Conj. tarsi superioris. Drüsen in beiden Unterohrgegenden haben die Größe von Wallnüssen erreicht. Erscheinungen am Stamm selbst im Rückgang. Behandlung mit schwacher (1 %) Chrysarobinpaste wegen stärkerer Reizerscheinungen wieder aufgegeben. Eine Woche später: während die Erscheinungen am Körper dauernd weitere Rückbildung erfahren und nur noch im Bereich der Gesäßgegend stärker ausgebildet sind, auch das skrofulöse Naseneingangsekzem sich gebessert hat, ist der Augenprozeß unverändert, auch die Ohrendrüsen zeigen bei Hg-Pflaster-Behandlung keine Verkleinerung. Pirquetsche Hautimpfung war mit 10 % Tuberkulin sehr stark positiv. Halbpfenniggroßer Entzündungsherd. Eine Woche später: unter chronischer Tuberkulinbehandlung Effloreszenzen am Stamm und den Extremitäten bis auf mäßige Knötchenkonglomerate am Gesäß resorbiert. Seit einigen Tagen Auftreten von „Tuberkuliden" an Händen und Füßen; mäßig juckende, hellrote,

Digitized by Google

flache Knoten bis Fingernagelgröße. Tuberkulinreaktion bei $^1/_{10}$ mg angelangt. Schmerzen in den Unterohrdrüsen, operative Entfernung vom Patienten verlangt. Wird ausgeführt. Vier Wochen später: Effloreszenzen am Stamm wie Extremitäten abgeheilt. Die diffuse, schmutzig graubraune Pigmentation zurückgegangen, aber noch immer beträchtlich. Die skrofulöse Konjunktivitis scheint durch die Entfernung der Drüsen nicht beeinflußt. Das Ekzem der Naseneingänge noch im gleichen Zustand. Eine Woche später: Patient auf eigenen Wunsch entlassen. Exanthem sowie Ekzem der Nase abgeheilt. Die phlyktänuläre Konjunktivitis noch immer heftig. Histologischer Befund eines exzidierten Herdes vom Vorderarm: Epithel im ganzen verbreitert, Hornschicht vielfach kernhaltig, interpapilläre Epithelfortsätze stark verlängert, zum Teil in netzförmiger Verbindung. Papillarkörper erscheint ödematös und in seinen tieferen Schichten von einem dichten, vorwiegend rundzelligen Infiltrat eingenommen, das in den mittleren Bezirken des Herdes ziemlich diffus ausgebreitet ist und auf die oberen Kutisschichten übergreift, in den peripheren Abschnitten in mehr herdförmiger Anordnung den Gefäßen folgend. In diesem Infiltrat neben einzelnen Riesenzellen vom Langhansschen Typus ausgesprochene Tuberkel. Ähnliche Tuberkel auch ziemlich isoliert liegend in der Kutis bis an die Grenze der Subkutis hinab, den größeren Gefäßen folgend, von deren Lymphscheiden sie teilweise auszugehen scheinen. Das mikroskopische Bild entspricht also weder dem Lichen scrophulosorum, noch den sonstigen Formen der Hauttuberkulosen, am ehesten noch der oberflächlichen, plattenartigen Form des Erythema induratum. Nachuntersuchung vier Monate nach der Operation: Narbe auf der rechten Cornea. Am Körper einzelne kleinste Knötchen, aber wie follikuläre, banale Entzündungen, nicht wie Lichen scrophulosorum oder dgl. aussehend und regellos verteilt. Sonst nur Narben und Pigmentationen als Reste der früheren Erkrankung.

Es handelt sich also um ein jugendliches Individuum mit anderweitiger gutartiger Tuberkulose: außer dem positiven Lungenbefund und der Drüsentuberkulose eine typisch tuberkulöse Augenerkrankung. Die Erkrankung der Haut, die trotz des Ausbleibens einer örtlichen Tuberkulinreaktion und im Verein mit den übrigen Krankheitserscheinungen auch nach dem histologischen Befund als zweifellos tuberkulöser Natur anzusehen ist, entspricht klinisch keinem der bekannten Krankheitsbilder völlig, am ehesten noch einer Kombination von Lichen scrophulosorum in hochgradiger Entwicklung mit oberflächlichen, plattenartigen Herden, die sich am ehesten dem Erythema induratum angliedern lassen, die aber in ihren ganz oberflächlichen Veränderungen auch wieder Beziehungen zum sog. Ekzema scrophulosorum zeigen. Jedenfalls kommen für die Deutung des Krankheitsbildes nur Dermatosen in Frage, die dem Gebiet der Hauttuberkulose angehören und zwar den sog. „Tuberkuliden".

Den Zusammenhang der akuten tuberkulösen Drüsenerkrankung mit der Erkrankung der Haut und der Bindehäute glaubt Verfasser wie folgt erklären zu können: Haut und Drüsenerkrankung sind, wie die erst später auftretende Erkrankung der Konjunktiva, auf dasselbe Virus, den Tuberkulosebazillus, zurückzuführen. Die rasche Zunahme der Drüsentuberkulose führte zu einer Überschwemmung des Körpers mit Tuberkulosegiftstoffen, welche die natürlichen Schutzkräfte des Körpers lahmlegten und so die Heilung der Hauterkrankung verhinderten, bzw. immer neue Nachschübe bedingten und die Augenerkrankung unterhielten und verschlimmerten. Als dann mit der operativen Entfernung des Hauptkrankheitsherdes die wesentliche Quelle der im Körper kreisenden Tuberkulosegifte beseitigt war, trat schnell und spontan eine völlige Heilung ein, vielleicht weil nun die vom Körper gebildeten Schutzstoffe nicht mehr von den kreisenden Giften an der Wirkung verhindert wurden, oder weil diese Gifte, ebenso wie zu hohe Tuberkulindosen, vorher schädigend auf die erkrankten Gewebe gewirkt hatten.

Digitized by Google

Verfasser hält sich für berechtigt, für den eigenartigen Verlauf seines Falles die wesentliche Mitwirkung gelöster Tuberkulosestoffe anzunehmen, wenn er auch die Erscheinungen an der Haut und der Bindehaut selbst nicht auf Gifte, sondern auf verschleppte Bazillen zurückführt. Fritz Loeb-München.

Die spezifischen Antikörper im Blutserum Tuberkulöser, von Möllers. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 745.) Durch Behandlung mit Tuberkulinpräparaten, am besten durch intravenöse Injektion von abgetöteten Vollbakterien, lassen sich bei Tieren und Menschen komplementbindende Antikörper erzeugen. Dieselben haben weder eine Bedeutung für die Diagnose noch für die Prognose der Krankheit. Sie können im besonderen für die Frühdiagnose weder die Subkutanprobe noch die Pirquetsche Probe ersetzen. Werther-Dresden.

Diagnostischer Wert der intrakutanen Tuberkulinreaktion, von Monti-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.) Verfasser bespricht seine Erfahrungen mit der intrakutanen Tuberkulinreaktion. Mantoux hat eine neue Modifikation der diagnostischen Tuberkulinanwendung, die „Intradermoreaktion", angegeben. Er bringt durch Einspritzung einer ganz minimalen Menge einer stark verdünnten Tuberkulinlösung in die obere Schicht der Haut eine charakteristische Reaktion in Form von Rötung und Schwellung der Stichstelle zustande. Er benutzt eine Trockentuberkulinlösung 1 : 5000 und spritzt davon $^1/_{100}$ mg ein. Er meint, daß dieselbe ebenso ungefährlich sei, wie die Pirquetsche Kutanimpfung, jedoch empfindlicher. Nach einigen Stunden zeigt sich die positive Reaktion in Form einer charakteristischen Rötung und Schwellung der Stichstelle, um nach 48 Stunden ihren Höhepunkt zu erreichen. Wenn man, sagt Monti, auch annehmen kann, daß der positive Ausfall der Intrakutanmethode die Anwesenheit tuberkulöser Veränderungen mit aller Sicherheit anzeigt, so kann man aus dem negativen Resultat dieser Probe das Vorhandensein von Tuberkulose nicht ausschließen. Verfasser empfiehlt nun für die Praxis die Pirquetsche Kutanimpfung und bei negativem Ausfall derselben die Intrakutanmethode. Kobligk-Dresden.

Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulin Rosenbach bei chirurgischen Tuberkulosen, von Rosenbach-Göttingen. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 12 und 13.) Zuerst bespricht Verfasser die bekannten allgemeinen Eigenschaften aller Immunkörper.

Für das „Tuberkulin Rosenbach" kommen nun folgende drei Faktoren im speziellen in Betracht:

1. Die Beschaffenheit des tuberkulösen Herdes: a) das tuberkulöse Gewebe lebt noch und ist resorptionsfähig, b) in das noch lebende tuberkulöse Gewebe sind kleine, unresorbierbare, verkäste Partikel eingestreut, c) es sind große unresorbierbare Käseherde da (praktisch als unresorbierbar sind hierher alle Granulationen und Lupusknötchen zu rechnen).

2. Die Reaktions- und Heilungsvorgänge: a) Die Tuberkulose ist so malign, weil sie (im Gegensatz wie z. B. beim Staphylokokkeninhalt) weder genügend Antikörper bildet, noch auch die heilsame örtliche Reaktion (Entzündung und Exsudation) hervorruft. Beides bewirkt Tuberkulin Rosenbach, b) bei offenen Herden würde das Tuberkulin mit der vermehrten Sekretion weggespült werden und würde damit unwirksam. Hier ist es in die Wandungen zu injizieren, c) bei starken Verkäsungen hilft es nicht. Hier ist chirurgische Behandlung indiziert. Nach der Entfernung kann es aber rezidivvorbeugend wirken.

3. Die Methoden der Anwendung: a) lokale Injektion (am energischsten), b) subkutane Injektion (wo die Herde lokal nicht erreichbar sind).

Digitized by Google

Hieran schließt sich eine Aufzählung der klinischen Erfahrungen des Verfassers von 48 chirurgischen Tuberkulosen an der Hand von Krankengeschichten und Bildern.

Zur Diagnose verwendet Rosenbach 0.01—0,1 ccm subkutan, steigert bei Nichtreaktion auf 0,3 und schließlich 0,5 ccm. Bei Ausbleiben einer Reaktion hierbei schließt er einen mit der Zirkulation zusammenhängenden Tuberkuloseherd aus.

Zur Therapie dagegen steigert er die Anfangsdosis von 0,2 ccm bei keiner Reaktion täglich um 0,1, sonst erst in 3—7 Tagen.

Die besprochenen klinischen Fälle sind eingeteilt in Erkrankungen der großen Gelenke, Wirbeltuberkulose, Sehnenscheiden-, Drüsentuberkulosen, postoperative Rezidive, Lupus (mit Photographien!), Bauchfelltuberkulosen und Darmtuberkulosen.

Viktor Caesar-Dresden.

Über die Dispensierung des Tuberkulins, von Karl Meyer-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Bei der Tuberkulinbehandlung ist eine strenge Individualisierung nötig, diese wiederum erfordert eine sehr fein abgestufte Dispensierung. Die Schwierigkeiten bei der Dispensierung des Tuberkulins sind im wesentlichen durch die leichte Verderblichkeit seiner Lösungen bedingt, welche auf dem Zutritt von Luft beim Öffnen der Flaschen beruht. Durch Anwendung eines besonderen Flaschenverschlusses (sterile Gummikappe) wird das vermieden. Die Entnahme geschieht einfach dadurch, daß man die Gummikappe mit der Kanüle durchsticht und das erforderliche Quantum aufsaugt. Die Kappe kann man vor jeder Benutzung durch einen Tropfen Lysol usw. desinfizieren. Maximilian Franz-Dresden.

Primäreffloreszenz des Lupus und Primäraffekt, von H. Vörner-Leipzig. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.) Zu den Mitteilungen von Sticker und von Gerber über die Lokalisation der allerersten Effloreszenzen beim Lupus bemerkt V., daß er allerdings auch die Bedeutung der Nasenschleimhaut als häufigen Ausgangspunkt der Affektion vollauf würdigt, aber er hält es aus verschiedenen, ausführlich dargelegten Gründen für durchaus unangebracht, hierbei von einem „Primäraffekt" zu reden; vielmehr könne man behufs Vermeidung von Irrtümern und von Konfusion immer nur von einer „Primäreffloreszenz des Lupus" reden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gesichtslupus bei einem Säugling, von L. Baumel-Montpellier. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 3.) Es handelte sich um einen von der tuberkulösen Mutter auf eine Ekzemstelle des Gesichts ihres Kindes übertragenen Lupus. Als Therapie wurde $^1/_{30}$ Jodoformvaseline lokal gegeben und täglich ein Teelöffel folgender Mixtur: Guajakolkarbonat 0,15, jodierter Meerrettigsirup 20,0.

Das Kind wurde anfangs besser, starb aber plötzlich an Krämpfen.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der atypischen Epithelwucherungen beim Lupus und ihrer Beziehungen zum Karzinom, von Masaygasu Miyahara. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 9, Heft 2.) Um der Frage, ob beim Lupus atypische Epithelwucherungen vorkommen und ob diese in irgend einer Beziehung zum Karzinom stehen, näher zu kommen, hat der Verfasser bei sieben Patienten wahllos Lupusherde exzidiert und histologisch untersucht und zwar nur solche, die gar nicht oder wenigstens in letzter Zeit nicht mit eingreifenden Methoden behandelt worden waren. In zwei Fällen wurde keinerlei Epithelwucherung gefunden; in zwei weiteren bestand zwar eine solche, doch war sie so regelmäßig, daß sie keinen Verdacht auf Karzinom erwecken konnte. In den drei restlichen Fällen sah man scharf begrenzte Herde in die Tiefe wuchernden neugebildeten Epithels. Zweimal wichen diese nicht wesentlich von atypischen Epithelwucherungen anderer Herkunft ab. In einem Falle dagegen fand sich deutlich geschwulstartiges Wachstum des wuchernden Epithels: scharfe herdförmige Begrenzung, selb-

Digitized by Google

ständiges Wachstum, Anaphasie, Auflösung in Zellreihen und Eindringen in Gewebsspalten. Aber auch in diesem Falle möchte der Autor nicht von beginnender Karzinombildung sprechen, er bejaht aber die Frage, ob aus diesen Wucherungen ein Krebs entstehen kann. Die Seltenheit der Lupuskarzinome im Verhältnis zum Vorkommen des Lupus mit atypischen Epithelwucherungen erklärt er damit, daß durch die Behandlung auch diese entfernt werden. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Mitwirkung der Kreisverwaltungen bei der Bekämpfung des Lupus, von Karl Stern-Düsseldorf. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Zur wirksameren Prophylaxe des Lupus und damit der Tuberkulose überhaupt ist, außer der Anzeigepflicht derartiger Erkrankungen, das Zusammenarbeiten der Kreisärzte mit den ortsansässigen oder ortskundigen Ärzten an Lokalterminen erforderlich, die durch Fragebogen über die Lupuskranken von den Bürgermeisterämtern vorbereitet sind.

Caesar-Dresden.

Lupusbekämpfung und Nasenvorhof, von Gerber-Königsberg i. P. (Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 47.) Dieser Artikel ist mehr für den Rhinologen als für den Dermatologen geschrieben, kann aber auch für diesen gelegentlich von praktischer Bedeutung sein. Verfasser macht nämlich darauf aufmerksam, daß man gar nicht so sehr selten die Anfangsstadien des Lupus in Gestalt der bekannten kleinen Knötchen am Nasenvorhof speziell oben im vorderen Nasenwinkel antrifft, d. h. wenn man nicht versäumt, danach zu sehen. Er hat deshalb einen speziellen schmalen länglichen Spiegel (statt des gewöhnlichen kleinen Rachenspiegels) anfertigen lassen, teils der Sauberkeit halber, teils quasi als aide-mémoire. In der Tat ist es ihm so gelungen, mehrere Lupusfälle in ihren allerersten Anfängen so zu entdecken.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Physiotherapie des Lupus, von Léon Dekeyser. (Journ. de Bruxelles, 1911, Nr. 50—51; 1912, Nr. 4—7.) Verfasser bespricht in eingehender Weise die verschiedenen physikalischen Behandlungsmethoden des Lupus: Hitze, Bestrahlung mit den verschiedenen Apparaten, Radiumbehandlung, Elektrolyse, Ionisation, Hochfrequenzströme. Hydrotherapie und schließlich die kombinierten Methoden. Es ist eine Beschreibung der Apparate beigegeben. Das Ganze ist zu kurzem Referate ungeeignet. Zum Schluß weist der Verfasser darauf hin, daß man bei der Lupusbehandlung das Heil nicht von einer einzigen Methode erwarten darf, sondern daß man je nach dem Falle die eine oder die andere, eventuell in Kombination, anwenden soll.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Therapie des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung der modernen Lichttherapie, von Alex. X. Imfeld. (Inaug.-Dissert., Zürich 1911.) Als Methoden zur Vorbehandlung mittelgroßer und ausgedehnter Lupusflächen, sowie hypertrophischer Fälle kommt die Anwendung von Pyrogallol in Betracht. Für diese Fälle kann auch die Kombination von Pyrogallol mit Röntgenlicht in Anwendung kommen. Insbesondere ist Röntgenbehandlung anzuwenden als vorbereitende Methode bei Lupus tumidus und exulcerans, indem sich unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen Ulzerationen meist ziemlich rasch schließen, auch vermindert sich die Sekretion und wird dadurch die Schwellung beseitigt. Auch das Eisenlicht kann für oberflächliche Lupusherde als vorbereitende Behandlung in Betracht kommen, sowie auch die Uviollampe. Für tiefergreifende Herde und für Radikalheilungen kommen beide nicht in Betracht. Von einer idealen Behandlung muß verlangt werden, daß sie leicht anwendbar und schmerzlos ist, sowie daß sie eine relativ schnelle, definitive Heilung und schöne Narben ergibt. Nach den vorliegenden Betrachtungen scheinen diesen Anforderungen zwei Behandlungsmethoden zu entsprechen: 1. die operative Behandlung

Digitized by Google

und 2. die Lichtbehandlung nach Finsen. Erstere ist unzweifelhaft die schnellste Behandlung, vorausgesetzt, daß eine prima intentio erzielt wird. In allen abgegrenzten Fällen von geringer bis mittelgroßer Ausdehnung sollte operiert werden. Bei allen den Fällen aber, wo eine Operation nicht angezeigt erscheint, gibt nach Neisser keine andere Methode ein so schönes, kosmetisches und in vielen Fällen sicheres Resultat, wie die Lichtbehandlung nach Finsen. Diese ist in der Mehrzahl der Fälle indiziert. Auch Lupus der Schleimhaut kann mit den neuen verbesserten Apparaten behandelt werden. Wenn auch vereinzelte kleinere oder oberflächliche Lupusherde mit anderen, hauptsächlich zur Vor- und Nachbehandlung benutzten Methoden, wie besonders Röntgen-, Radium-, Quecksilberlicht geheilt worden sind, so scheint doch gerade bei den schweren, ausgedehnten und tiefgreifenden Lupusfällen der Finsenbehandlung die Hauptarbeit vorbehalten zu sein. Trotz ihrer Langwierigkeit, technischen Schwierigkeit und Kostspieligkeit wird sie von den anderen Methoden in bezug auf Sicherheit, Gefahrlosigkeit und Schönheit des Effektes nicht erreicht. Fritz Loeb-München.

Behandlung des tuberkulösen Lupus mit systematischen Skarifikationen und Radiotherapie, von Marcel Tison. (Inaug.-Dissert., Paris 1910, Nr. 44.) Verfasser ist dafür, in allen Fällen vor der alleinigen Radiotherapie die kombinierte Behandlung mit Skarifikationen und Radiotherapie zur Anwendung zu bringen. Besonders bei Gesichtslupus und bei hypertrophischen Formen tut dieses Verfahren gute Dienste. Sein Vorzug ist die Schnelligkeit der Wirkung und das gute Aussehen der Narbe. Auch bei verrukösem Lupus kann das Verfahren nützen. Es wird alle 8 Tage skarifiziert und alle 10—14 Tage bestrahlt (schwache Dosen). Fritz Loeb-München.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Röntgentherapie bei Acne vulgaris, ein Bericht über 21 Fälle von Mulford K. Fisher-Philadelphia. (New York med. journ., 13. Juli 1912.) Von den 21 Fällen hartnäckiger Akne, die nach Fehlschlagen aller anderen Mittel (Salben, Waschungen mit allen möglichen Wässern usw.) mit Röntgenstrahlen, wovon allerdings bis zu 41 Sitzungen nötig waren, behandelt worden sind, können 14 als völlig geheilt und weitere 5 als bedeutend gebessert angesehen werden, während 2 sich auch den Röntgenstrahlen gegenüber als resistent erwiesen. Da es gelegentlich Individuen gibt, welche eine Idiosynkrasie gegen X-Strahlen zu besitzen scheinen, so rät F. immerhin, dieselben nur in besonders hartnäckigen, entstellenden Fällen von Gesichtsakne anzuwenden, ebenso wie Stelwagon, während andere Verfasser, wie Schamberg, Tousey, in den Röntgenstrahlen sogar das nie versagende Hauptmittel gegen dieses so häufige und relativ gutartige Hautleiden sehen. Stern-München.

Notiz zur Ätiologie der Psoriasis vulgaris, von S. v. Prowazek-Hamburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 62, H. 1/2.) Nach gründlicher Säuberung der Haut mit Benzin und Alkohol wurden die obersten Hautschuppen abgelöst, von dem vordringenden Serum Klatsch- und Abstrichpräparate angefertigt und sowohl nach Giemsa als auch nach Loeffler gefärbt. Neben den von Lipschütz gefundenen Körperchen, die Pr. in beiden untersuchten Fällen stets beobachten konnte, wurden in dem einen Fall spärliche, im Ausstrichpräparate sehr verteilte, um 3 μ in der Länge schwankende Spirochäten gesehen. Die Feststellung derartig kleiner Spirochäten schien Pr. deshalb von besonderem Interesse, da einige Verfasser die Psoriasis zu einer besonderen polyartikulären Gelenkerkrankung ohne Herzkomplikationen in Beziehung setzen und Pr. seit längerer Zeit den Erreger des akuten Gelenkrheumatismus unter Spirochäten, die

Digitized by Google

durch die Tonsillen ihren Weg in den Organismus finden, vermutet hat; der Beginn der rheumatischen Beschwerden mit Anginen, sowie die für Spirochäten charakteristische gewisse Periodizität wären im Sinne einer derartigen Annahme gleichfalls anzuführen. Die oft geäußerte Vermutung, daß Psoriasis vulgaris auf eine parasitäre Ursache zurückzuführen ist, dürfte immerhin mit diesen Befunden an Boden gewinnen, ohne daß Pr. irgend welche sicheren Schlüsse daraus ziehen wollte. Stern-München.

Einige Bemerkungen zur Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), von Richard Oppenheim. (Inaug.-Dissert., Freiburg i. Br. 1911.) Der Arbeit liegt ein Fall zugrunde, in dem es sich um ein Kind gesunder Eltern handelte, das am dreizehnten Tage erkrankte. Es war von der Mutter nicht gestillt worden. Erst am dritten Krankheitstage kam es in klinische Beobachtung. Die Affektion soll mit einer Bildung von kleinen Blasen auf dem Kopf angefangen, dabei soll Fieber bestanden haben, am zweiten Tag fing die Haut an, auf dem ganzen Körper sich in großen Fetzen abzustoßen. Bei der Aufnahme zeigte das Kind die ganz eindeutigen Symptome der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Um Augen und Mundgegend dicke gelbliche Borken, nach deren Lösung das nässende Korium freiliegt. Kinn von Epidermis frei; auf dem ganzen übrigen Körper Epidermis teils in großen Fetzen herunterhängend, teils durch Blasen, deren Inhalt vertrocknet ist, abgelöst. Mit dem Finger Epidermis in großen Lamellen abschiebbar. Darunterliegendes Korium trocken. Abdomen aufgetrieben, gespannt. Milz nicht palpabel. Nach einer Woche am rechten Ellenbogen kleine Druckstelle mit entzündeten Rändern. Am vierzehnten Tage seit dem Beginn der Erkrankung Haut völlig blank und trocken, zeigt keine Abschuppung mehr. Kind sieht gut aus, trinkt gut und erholt sich langsam. Entzündung am Ellenbogen abgelaufen. Über die Ätiologie der beschriebenen Erkrankung ist nichts Sicheres bekannt. Bei der Abgrenzung und Differentialdiagnose der Dermatitis exfoliativa neonatorum gegen andere Hautaffektionen des Neugeborenen kommen in Betracht: Pemphigus syphiliticus, Pemphigus foliaceus, Erythrodermia desquamativa (Leiner), Pemphigus neonatorum. Verfasser erörtert kurz die ätiologischen und differentialdiagnostischen Punkte. Er hält es für zweckmäßig, die Dermatitis exfoliativa neonatorum, wenn sie typisch verläuft, getrennt vom Pemphigus neonatorum zu beschreiben und zu behandeln. Die Therapie der Dermatitis darf nicht nur eine rein lokale sein, sondern hat daneben als wichtigste Punkte den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden des Kindes zu berücksichtigen. Die Krankheit befällt besonders Kinder, die schon an und für sich lebensschwach sind, Frühgeburten und schwächliche Kinder, deren Resistenz von vornherein gering ist. Deshalb ist von größter Bedeutung, ob Frauenmilch vorhanden ist oder nicht. Ohne solche ist die Prognose sehr schlecht. Im Falle des Verfassers bestand die erfolgreiche Therapie in Arg. nitr. (3%) Pinselungen, Tanninbädern und Bädern mit Eichenrindenabkochung. Fritz Loeb-München.

Praktische Bemerkungen über die Ekzeme, von L. Brocq-Paris. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3791.) Klinischer Vortrag für den praktischen Arzt über Ätiologie und Therapie verschiedener Exzemarten. Nichts Neues. Fendt-Wiesbaden.

Über das Ekzem bei Kindern, von C. A. Simpson-Washington, D. C. (Journ. amer. med. assoc., 13. April 1912.) Besprechung der Ätiologie und Therapie des Kinderekzems. Nichts Neues. Bei Sekundärinfektionen mit Staphylococcus albus wird Vakzinebehandlung empfohlen. Fendt-Wiesbaden.

Klinische Studie über den Urin von Kranken, die an papulo-vesikulärem Ekzem leiden, von Jules Pouget. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 287.) Als wesentlichstes Ergebnis seiner zahlreichen Stoffwechsel- und Harnanalysen stellt der Verfasser

Digitized by Google

den Satz auf, daß das papulo-vesikuläre Ekzem fast immer bei solchen Individuen auftritt, die an Darmgärungen und Störungen in der Permeabilität der Nieren leiden.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des Ekzems, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Nr. 3.) Eine eingehende Abhandlung über Ekzembehandlung, welche dem Praktiker diese Materie in ausgezeichneter Weise näher bringt.

Arthur Schucht-Danzig.

Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter, von J. Perlmann-Straßburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.) Im Laufe eines halben Jahres hat P. in der Straßburger Säuglingsheilstätte 35 Fälle von verschiedenerlei Ekzem mit heißer Luft, wie von Esau bereits empfohlen wurde, behandelt. Namentlich bei den nässenden Ekzemen war der Erfolg ein eklatanter, aber auch andere Formen wurden sehr günstig, wenn auch langsamer, beeinflußt. Gewöhnlich genügte eine tägliche Sitzung von 5 bis 10 Minuten Dauer. Es wird besonders auf die juckmildernde und beruhigende Wirkung des Verfahrens hingewiesen. Desgleichen wurden mit der Heißluftbehandlung sehr günstige Resultate bei Furunkulose erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung des Ekzema rubrum der unteren Extremitäten, von Paul E. Bechet-New York. (Med. Record, 16. März 1912.) Der Zusammenhang der Unterschenkelekzeme mit varikösen Veränderungen und allgemeinen Stoffwechselstörungen und Rücksichtnahme hierauf in der Behandlung wird betont. Besonders empfohlen werden Gummibindeneinwicklungen. W. Lehmann-Stettin.

Tuberkulin zur Diagnose und Therapie der Conjunctivitis ekzematosa (Phlyctänuläre Konjunktivitis und Keratitis), von Richard J. Tivnen-Chikago. (Journ. amer. med. assoc., 1911, Nr. 24.) Verfasser hält auf Grund von 50 unter Anwendung von Tuberkulin zur Diagnose und Therapie genau beobachteten Fällen die tuberkulöse Natur der Conjunctivitis ekzematosa für erwiesen; sie muß betrachtet werden als ein Symptom konstitutioneller Tuberkulose. Die Hautreaktion nach v. Pirquet ist besonders bei Kindern eine für die Diagnose schätzbare Methode. Tuberkulin ist bei der Behandlung der Conjunctivitis ekzematosa ein wertvolles Mittel und sollte in vorsichtiger Weise ausgiebig angewandt werden. Fendt-Wiesbaden.

Zur Ätiologie der Impetigo und der Conjunctivitis ekzematosa (phlyctaenulosa sive lymphatica), von W. Pick-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Die bisherigen Erklärungen der Ätiologie der Impetigo verwirft P. als nicht hinreichend begründet und stellt die Theorie auf, daß die Pediculosis capitis, die nach seinen Beobachtungen mit größter Regelmäßigkeit die Impetigo sowie die Conjunctivitis ekzematosa begleitet, das tatsächliche ursächliche Moment durch Übertragung von Kokzidien abgeben dürfte. Bei der Untersuchung von 35 Fällen fand Verfasser in allen Effloreszenzen nämlich gewisse Zellformen in großer Anzahl, welche beim Färben sowie in ungefärbtem Zustande große Ähnlichkeit mit den Entwicklungsstadien gewisser Kokzidien darboten. Analoge Gebilde wurden auch von der Konjunktiva von phlyktänenkranken Kindern gewonnen, und es gelang auch, wenngleich bisher nur einmal, in der Leibeshöhle einer Laus analoge Formen nachzuweisen. Als endgültig bewiesen betrachtet Verfasser seine Deduktionen allerdings nicht, hält aber ihre Richtigkeit zum mindesten für wahrscheinlich.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Beziehungen zwischen der Rosazea und äußeren Augenerkrankungen, von P. Erdmann-Rostock. (Arch. f. Augenheilk., 1910, Bd. 67, H. 4.) Verfasser bespricht in einer ausführlichen Arbeit die Folgen der äußeren Hauterkrankung an den Augen, die häufig verkannt und dementsprechend nicht richtig behandelt werden. Unter

Digitized by Google

dem Namen Rosazea-Keratitis bzw. Rosazea-Konjunktivitis bespricht er die einzelnen Symptome: Lichtscheu, Tränenfluß, starke Injektion, zerstreute prominente, weißgraue Infiltrate mit erweiterten Gefäßen und Ulzerationen. An vielen Beispielen beweist er den ätiologischen Zusammenhang der Augen- und Hauterkrankung, wobei es nicht darauf ankommt, daß besonders die letztere stark ausgeprägt ist. Die Rosazeaerkrankung des Auges ist keineswegs als harmlos anzusehen, einmal wegen der Häufigkeit der Rezidive, besonders aber im Hinblick auf die hochgradige Sehstörung. Zum Schluß gibt der Verfasser wertvolle Angaben über die Therapie. Chrzelitzer-Posen.

Zur Therapie der Lidrandentzündungen, von Liebermann-Budapest. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.) Verfasser bespricht in seiner Arbeit ein neues Mittel zur Behandlung der Blepharitiden. Dasselbe trägt den Namen Noriform und ist von der chemischen Fabrik Heyden, Dresden-Radebeul hergestellt. Dasselbe ist dem Xeroform verwandt. Letzteres ist an Wismutoxyd gebundenes Tribromphenol. Es wirkt bakterizid, soll ungiftig sein, lichtbeständig und ohne Zersetzung sterilisierbar. Es bildet ein hellgelbes, feinkörniges, amorphes Pulver. Verfasser hat dasselbe, mit Gloriavaseline zu 5—20%iger Salbe verarbeitet, verwendet. Von dieser Salbe nun sah Verfasser bessere Wirkung als von anderen bisher gebrauchten Mitteln. Kobligk-Dresden.

Die Hochfrequenzfunkenbehandlung der Leukoplakie, von Alexis Bruniquel. (Thèse de Toulouse, 1911, Nr. 927.) Die Methode ergab gute Resultate in allen Fällen, in denen sie zur Anwendung kam, sowohl bei einfachen als auch bei degenerierten Leukoplakien. Die Behandlung ist eine einfache, schnellwirkende, wenig schmerzhafte und ganz ungefährliche. Mehrere geheilte Fälle sind in zweijähriger Beobachtungszeit geheilt geblieben. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Folliklis, von Domernikowa. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 51, S. 284.) Der in Knötchen und Pustelchen auf den Extremitäten eines 18jährigen Mädchens vorkommende Ausschlag gab anfangs Anlaß zu einer Verwechslung mit Syphilis, da die Kranke vor einem Jahr Lues akquieriert hatte. Später erwies es sich aber, daß dieser Ausschlag schon zwei Jahre lang bestand, und eine spezifische Kur blieb auch völlig erfolglos. Die Pirquetsche Reaktion fiel positiv aus. Histologisch handelte es sich um ein hauptsächlich um die Gefäße der subpapillaren Schicht gelagertes Infiltrat. Die Kapillaren erwiesen sich stark verbreitert. Das Zentrum des Knötchens war nekrotisiert und die nekrotische Masse umgeben von einer kleinzelligen Infiltration.
Arth. Jordan-Moskau.

Über impetiginöse Nierenentzündungen, von M. J. H. Pollet. (Inaug.-Dissert., Lille 1911, Nr. 23.) Impetigo kann sich mit Nephritis komplizieren. Besonders Mädchen werden von dieser Art Nierenentzündung befallen, am häufigsten hereditär belastete. Infektiöse Krankheiten im Kindesalter können dazu eine Disposition schaffen. Zwei Drittel aller Fälle fallen in den Winter und Herbst. Die Impetigo-Nephritis kann in verschiedenen Formen auftreten: bald vorübergehende Eiweißausscheidung, bald längere Nierenentzündung mit Eiweißausscheidung und Ödemen, Herzerscheinungen, sogar Urämie. Wichtig ist besonders die passagere Form der Albuminurie. Der Harn von Impetigokranken soll systematisch untersucht werden, um diese Erscheinungen möglichst frühzeitig wahrzunehmen. Meist kommt es zur Ausheilung, es hat aber auch nicht an tötlichen Ausgängen gefehlt. Fritz Loeb-München.

Über die radiotherapeutische Behandlung der einfachen und parasitären Sykosen, von M. P. Hadengue. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 434.) Die Radiotherapie hat auf die objektiven wie subjektiven Symptome der Sykosis simplex und parasitaria einen sehr günstigen Einfluß. Doch wirkt sie ohne Unterstützung durch

Digitized by Google

andere gleichzeitige therapeutische Maßnahmen weniger prompt. Die Kombination beider Therapien verbürgt Erfolge, die mit der einen oder anderen allein nicht zu erzielen wären.

Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung der Sykosis barbae coccogenes, Furunkulosis und Akne vulgaris mit Opsonogen, von J. Odstrčil-Prag. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 14.) O. sah sehr rasche Erfolge mit Opsonogen bei Folliculitis barbae; bei akuter und subakuter Furunkulose war die Vakzinebehandlung zufriedenstellend. Bei leichteren Fällen von Akne trat nach einigen Wochen mit ziemlich hoch dosierten Injektionen Ausheilung ein; Fälle von ausgebreiteter Akne zeigten nur eine Besserung.

Schourp-Danzig.

Mikroskopische Untersuchungen bullöser Dermatosen, von B. Lipschütz. **3. Über parasitäre Befunde in den Hautblasen und in der Milz bei Pemphigus vulgaris.** (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.) In die Reihe der parasitologischen Studien, mit welchen Lipschütz seit geraumer Zeit beschäftigt ist, fügen sich seine Untersuchungen des serösen Inhalts durch Blasenbildung charakterisierter Hautkrankheiten ergänzend ein. Bereits im Jahre 1910 (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 14) konnte Verfasser über den Nachweis einer bestimmten Art von Mikroorganismen im Serum steriler Pemphigusblasen berichten. Diese Gebilde sind extrazellulär gelagert, nach Giemsas feuchter Methode tief dunkelrot gefärbt und erfahren durch eine Art hantelförmiger Zerschnürung ihre Vermehrung. Morphologisch machen sich Variationsgrenzen zwischen rundlich-kugeligen Formen und längsgestreckten Gebilden geltend. Abbildungen in v. Prowazeks Handbuch der pathogenen Protozoen zeigen die 0,6—1,5 μ, 0,5 μ breiten Einschlüsse.

Die Deutung dieser, in Pemphigusblasen auftretenden Mikroorganismen und ihre ätiologische Beziehung zur Dermatose bildet den Gegenstand der neueren Studie des Verfassers, wobei zwei Pemphigusfälle, darunter auch solche, die kontinuierlich in Beobachtung standen, als Testmaterial dienten. Die Einschlüsse zeigen numerisch bedeutende Schwankungen und scheiden sich in zwei Arten, neben chromatinreichen Körpern steuern an Piroplasmen erinnernde Gebilde zum Befund bei. Ein homogenes, blaß bis dunkelblau gefärbtes Zytoplasma schließt tief tingierte Haupt- und Nebenchromatinkerne ein. Im nativen Präparat sind keine biologischen Phänomene zu verfolgen.

Zelldifferenzierung (Plasma und Kern), Doppelkernigkeit und Entwicklungszyklus gestatten, die Einschlüsse als den Binukleata (Hartmann) und zwar den Leishmanien nahestehend, anzusprechen. Form und Lage des Blepharoplasten gleichwie die kleinere Gestalt unterscheiden die Elemente jedoch wesentlich von den Erregern der Aleppobeule und dem Keim von Kála-Azar (Leishmania Donovani).

Die ausschließlich aus Chromatin bestehenden Mikroorganismen spricht Lipschütz gleichfalls als Protozoen an und wäre geneigt, sie mit den von Theiler nachgewiesenen Erregern des Texasfieber der Rinder (1910) in Analogie zu bringen. Zur Unterscheidung vom endoglobulären Parasiten der Gallenkrankheit, dem Cystoplasma oviforme, möchte L. für die erwiesene Keimart den Namen Anaplasma liberum vorschlagen.

Bemerkenswert erscheint, daß Verfasser niemals gleichzeitig beide Keimformen in derselben oder in verschiedenen Blasen eines Kranken nachweisen konnte, wohl aber war im Verlaufe eines Krankheitsbildes ein Wechsel der Varianten zu verfolgen. Ein weiteres Untersuchungsergebnis bezieht sich auf den Nachweis identischer Einschlüsse im Milzpunktat und Blaseninhalt eines Falles von Dermatitis herpetiformis Duhring.

Ferner konnte L. in einem Falle von Lymphogranulomatose, die mit einem chronischen Blasenausschlag einherging, daß Blasenserum und Drüsenpunktat von typischen, extrazellulär gelegenen, in Plasma und Chromatin differenzierten, pirosomenähnlichen Organismen durchsetzt finden.

Digitized by Google

Über die pathogenetische Rolle dieser Einschlüsse wagt Lipschütz vorläufig keine weitgehenden Folgerungen auszusprechen. G. Nobl-Wien.

Salvarsan- und Chininbehandlung des Pemphigus vulgaris, von Hans Merz-Basel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 48.) Bei einem schweren Fall von Pemphigus vulgaris versagte Salvarsan vollständig. Hingegen erlöste Chinin die Patientin prompt von ihrem bedauernswerten Zustand. Sie erhielt in 59 Tagen 65,0 Chinin in täglich steigender Dosis bis zu achtmal 0,25 pro die. Gunsett-Straßburg.

Über die Ätiologie und Pathogenese des Pemphigus vegetans, von Pasquale Longo und Antionio Speciale. (Riforma med., 1912, Nr. 2.) Die Ursache des Pemphigus vegetans muß mit großer Wahrscheinlichkeit der Anwesenheit eines von den Verfassern gefundenen und beschriebenen Diplokokkus zugeschrieben werden, welcher ganz besondere morphologische, kulturelle und biologische Eigenschaften hat und nicht mit den gewöhnlichen Eiterkokken verwechselt werden darf. Was die Pathogenese des Pemphigus anbetrifft, so glauben die Verfasser, daß ein nicht gut identifiziertes Toxin, das vom Bakterienprotoplasma sezerniert wird und dann in Zirkulation kommt, fähig ist, die in den verschiedenen Organen und Geweben gefundenen Veränderungen hervorzubringen. Dieser Diplokokkus kann infolge seiner Wirkung mit dem Bazillus von Nicolayer und demjenigen von Löffler verglichen werden, welche in situ lokalisiert bleiben, und deren schädliche Eigenschaften durch ein höchst virulentes Toxin, das sie sezernieren, erklärt werden. So ist es erklärlich, daß alle bisher mit zirkulierendem Blut vorgenommenen Inokulationsversuche resultatlos verlaufen sind.

A. Gunsett-Straßburg.

Wahrscheinliche Mykose, von Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 2.) Bei einem 56jährigen Manne trat vor sechs Monaten ein Abszeß an der rechten Wade auf, dem rasch zahlreiche andere folgten. Nach dem Durchbruch blieben Ulzerationen bestehen, die denen der Sporotrichose sehr ähnlich waren. Doch blieb die bakteriologische Untersuchung völlig negativ. Während die antiseptische Behandlung ohne Effekt blieb, brachte Jodkalium rapide Heilung. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium des Erythrasma, von di Loreto. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Heft 13.) Beim Erythrasma findet sich konstant ein Hyphomyzet mit gut definierbaren Charakteren, die denen des Microsporon minutissimum entsprechen. Er findet sich sehr reichlich. Beim Studium der mikroskopischen Präparate einer Erythrasmaschuppe beobachtet man zuweilen zusammen mit reichlicher Vegetation des M. minutissimum einige wenige Myzelelemente, deren Charaktere von den gewöhnlichen des M. minutissimum verschieden sind. Dies könnte den Verdacht eines Vorkommens auch anderer Hyphomyzeten beim Erythrasma erwecken. In den Kulturen entwickelt sich ein Hyphomyzet mit dem mikroskopischen Aussehen des M. minutissimum, die Kulturen zeigen aber viele Varietäten, die noch nicht beschrieben wurden. Der Gerstenagar erwies sich als der beste zur Kultur. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der schon von Ducrey und Reale isolierte Pilz den pathogenen Hyphomyzeten des Erythrasma vorstellt, aber zum Beweis fehlt noch die Impfung der Kultur auf den Menschen.

Haas-Hamburg.

Hauttrichophytie, verursacht durch Kalbslymphe, von Camille Bidault. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 468.) Im Winter 1910 wurde in einem Regiment das Auftreten einer infektiösen Dermatose beobachtet, die auf die Impfung zurückzuführen war. Als Ursache wurde das Trichophyton (gypseum) asteroides Sabouraud 1893 festgestellt. Bei dieser Trichophytie hat sich ebenso wie bei anderen Mykosen neben der verdünnten Jodtinktur eine wässerige gesättigte Lösung von Methylenblau als sehr

Digitized by Google

nützlich erwiesen. Das Kalb, von dem die Lymphe stammte, litt an Grind. Die einzige mögliche Prophylaxe liegt in einer gewissenhaften tierärztlichen Prüfung der vakzineliefernden Tiere zur Zeit der Präparation der Lymphe. Fritz Loeb-München.

Behandlung des Herpes tonsurans (Ringworm) der behaarten Kopfhaut, von James R. Ridell. (Glasgow Journ., 1912, S. 118.) Verfasser wendet sich dagegen, daß jeder Fall von Trichophytie des behaarten Kopfes bei Kindern prinzipiell der Epilation mit Röntgenstrahlen unterzogen werde. Denn trotzdem diese Methode Ausgezeichnetes leistet, verschuldet sie doch etwa in 2 % dauernde Kahlheit. Dagegen hat Ridell mit Ionisation sichere und gute Resultate erzielt. Das Haupthaar wird abrasiert, die befallenen Stellen mit einer 1 %igen Sublimatlösung eingerieben, und dann werden Kompressen, die in dasselbe Mittel getaucht sind, glatt aufgelegt und befestigt. Darüber kommt eine Elektrode. Man läßt nun einen bis 20 Milliampere steigenden konstanten Strom durch 40—50 Minuten durchgehen. Diese Prozedur wird dreimal wöchentlich wiederholt, in der Zwischenzeit der Kopf mit einer Schwefel- oder Naphtolseife gewaschen. Bis zur endgültigen Heilung sind durchschnittlich 13 Sitzungen nötig. Je länger die Einzelsitzung ist, desto rascher tritt der Erfolg ein. Diese Methode, die sich durch ihre Einfachheit und Sicherheit auszeichnet, hat der Autor durch vier Jahre mit bestem Erfolge angewendet. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Mikrosporie, von W. Dreuw-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 4.) Verfasser schildert in dieser kurzen, aber durchaus vollständigen zusammenfassenden Abhandlung Wesen, Diagnose und Behandlung der Mikrosporie.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine Epidemie der Alopecia parvimaculata unter den Schulkindern, von Boegershausen-Lüdinghausen. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 1.) Von 142 Schülern erkrankten 73; sämtliche Fälle heilten nach mehr oder weniger langer Krankheitsdauer und unter völligem Wiedereintreten von Haarwuchs. Die erkrankten Schüler wurden vom Schulbesuche befreit, ihr Haar kurz gehalten und täglich mit brauner Seifenlösung gründlich gewaschen. Der Verfasser bezweifelt nicht die Infektiösität des Leidens, für das allerdings ein bestimmter Erreger nicht haftbar gemacht werden kann.

Schourp-Danzig.

Sporotrichosis beim Menschen und beim Pferd, von Richard L. Sutton-Kansas City, Mo. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, 9. Febr.) In neuerer Zeit ist eine Anzahl von Erkrankungen an Sporotrichose bei Pferden beobachtet worden. Sutton hat einen Fall von Sporotrichose bei einem Farmer gesehen, dessen Erkrankung von einem an Sporotrichose leidenden Pferde herrührte. Bestätigung der Diagnose auf bakteriologischem Wege; prompte Heilung durch Jodkalium. Fendt-Wiesbaden.

Primäre Sporotrichose im Sprungbeine, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 10.) Der Kranke litt seit langer Zeit an Fisteln am Sprunggelenke, die für tuberkulös angesehen wurden. Die zufällig angelegte Kultur ergab Sporotrichon. Röntgenologisch fand sich eine Kaverne im Sprungbeine.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sporotrichose, von J. Courmont, Savy und Florence. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 11.) Bei einer 52jährigen Frau traten nach einem Stiche mit einer Bettfeder in der Iliolumbalgegend kleine, sukkutane rotviolette Knoten auf, die dann auch auf anderen Stellen erschienen. Sie begannen zu fluktuieren und ulzerierten zum Teile. Die Diagnose schwankte bei der wahrscheinlich syphilitischen Kranken zwischen Gumma und Sporotrichose. Die Kultur bestätigte die letztere.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Sporotrichosis lymphangitica, von Bonnet. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 4.) Bei dem 16jährigen Kranken trat ohne vorausgegangenes Trauma am linken Vorderarm ein Knoten auf, der bald perforierte. Es wurde Tuberkulose angenommen und die Wunde kauterisiert. Es traten dann weitere kleinere Knoten in der Ellenbeuge und auf der Innenseite des Oberarmes auf, die durch einen derben, indolenten Strang miteinander verbunden waren. Nun wurde die Diagnose auf Sporotrichose gestellt und durch die Kultur bestätigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Die experimentelle Sporotrichosis beim Kaninchen, von V. Chirivino. (Gazzetta internazionale di Medicina e chirurgia, 1911, Nr. 46.) Infolge der Einimpfung von Reinkultur von Sporotrichum Beurmanni in die vordere Augenkammer des Kaninchens bilden sich nach kurzer Zeit granulomatöse Neubildungen in der Dicke der Regenbogenhaut, welche an Volumen zunehmen und sich vorzugsweise nach vorne hin, gegen die hintere Hornhautoberfläche ausdehnen.

Infolge der Inokulation einer Aufschwemmung derselben Kultur in physiologischer Kochsalzlösung direkt in das Lungengewebe entsteht ein typischer granulomatöser Herd mit Plasma- und Riesenzellen, dessen zentraler Teil gewöhnlich einer zellularen Entartung anheimfällt. Längs den peribronchialen Lymphgefäßen wurde der Parasit in voller Vegetationsphase und in beginnender Sporenbildung beobachtet; er konnte auf kulturellem Wege auch in der Dicke der pulmonalen Knoten nachgewiesen werden.

Außer den Erscheinungen der lokalen Reaktionen in den Geweben, bestehend in Gefäßalterationen und leukozytärer Infiltration in den interalveolaren Septis, wurde auch eine Verschleppung und Resorption toxischer Produkte durch die Lymphbahnen beobachtet, nachweisbar durch die Serumagglutinationsprobe, die Hyperplasie benachbarter und entfernter Lymphknoten, die Septikämie und das Auftreten schwerster Nierenalterationen, welche das Tier in vier Wochen zum Tode führten. K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Sorgfältigere Untersuchung in dermatologischen Fällen, von Benj. F. Ochs. (Med. Record, 7. Sept. 1912.) Verfasser empfiehlt in allen Fällen eine vollkommene Entkleidung des Patienten vorzunehmen, auch wenn anscheinend nur Gesicht, Kopf, ein Arm und dgl. erkrankt ist, da man in überraschend viel Fällen noch andere Erkrankungen nachweisen kann. W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien hat den Goldberger-Preis der Arbeit von Priv.-Doz. Siegfried Grosz und Prof. Jul. Tandler „Die biologische Grundlage der sekundären Geschlechtscharaktere“ zuerkannt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. November 1912 | Nr. 47 | Band 55

Cavernitis penis migrans.

Von

Prof. Dr. Ludwig Waelsch, Prag.

Die eigenartige Erkrankung, über welche ich in folgendem berichten will, beobachtete ich bei einem 30jährigen Patienten, der seit ungefähr zwei Jahren wegen hartnäckiger Prostatitis in meiner Behandlung stand.

Diese Prostatitis hatte sich ganz langsam und schleichend gelegentlich einer fünf Jahre vorher akquirierten Gonorrhöe entwickelt, die damals nur mit Einspritzungen, welche Patient selbst ausführte, behandelt worden war. Nach der Entlassung aus der Behandlung stellte sich aber bald wieder ein Morgentropfen ein, weswegen Patient neuerlich ärztlichen Rat suchte. Er wurde dann mit Massage der Prostata, Instillationen in die Harnröhre, Dehnungen und Spülungen behandelt.

Als er mich im Jahre 1908 konsultierte, fand ich in der klaren ersten Portion zahlreiche, in der zweiten spärliche Flocken, die fast ausschließlich aus Eiterzellen bestanden; die Prostata war nicht wesentlich vergrößert und entleerte auf Druck reichliches Sekret, das massenhaft Eiterzellen enthielt. Weder in diesem Sekret noch in den Fäden ließen sich Gonokokken nachweisen. Dagegen traten sie prompt unter starker Eiterung aus der Harnröhre in diesem Sekret zwei Tage nach einer provokatorischen Kupfereinspritzung auf.

Der Verlauf der Gonorrhöe war ein ungemein hartnäckiger, mehrfach unterbrochen von akuten Exazerbationen, die sich dann über die ganze Harnröhre ausbreiteten und das Bild der akuten Cystitis colli mit leichten Fiebersteigerungen, terminaler Hämaturie usw. darboten.

Nach mehrfach unterbrochener, ungefähr zweijähriger Behandlung war dann endlich der urethrale Prozeß (September 1910) geheilt und es ließen sich nur mehr sehr selten im Morgenharn spärliche kleinste Flöckchen nachweisen, welche stets gonokokkenfrei waren. (In den letzten $1^1/_2$ Jahren hatten sich Gonokokken überhaupt nicht mehr gezeigt.) Gewöhnlich war der Morgenharn vollkommen fadenfrei. Dagegen gelang es auch bei exaktester Behandlung nicht, die Prostatitis vollkommen zur Heilung zu bringen. Ihr Sekret enthielt immer noch Eiterzellen in ziemlich reichlicher Menge. Da es stets gonokokkenfrei war, glaubte ich trotz der bestehenden Eiterbeimengung, fußend auf den Erfahrungen über die Aussichtslosigkeit einer weiteren Behandlung der Prostata, dem Patienten Ehekonsens geben zu können. Er ist jetzt $1^1/_2$ Jahr verheiratet, seine Frau gesund, die Ehe bisher kinderlos.

Im Oktober 1910, als Patient nur mehr mit Massage der Prostata behandelt wurde, klagte er über eine eigentümliche dumpfe Empfindung im linken Teile des Penis, knapp hinter dem Sulcus coronarius, die sich bei Erektionen stärker geltend machte. Es war dies kein eigentlicher Schmerz, sondern er „spürte an dieser Stelle sein Glied". In den ersten Tagen konnte ich daselbst gar nichts nachweisen, und erst bei fortgesetzter Beobachtung ließ sich eine immer deutlicher werdende Infiltration des linken Corpus

Digitized by Google

cavernosum von kaum Fingerbreite tasten, an deren Hinterfläche ein ungefähr erbsengroßes kugeliges Gebilde saß.

In diagnostischer Beziehung kam hier verschiedenes in Betracht: Vor allem Trauma mit nachfolgender Blutung in das Corpus cavernosum. Dagegen sprach aber die Anamnese und der klinische Befund, auch das Fehlen einer stärkeren spontanen oder Druckschmerzhaftigkeit.

Weiter war in Erwägung zu ziehen umschriebene Kavernitis im Gefolge einer gonorrhoischen Urethralerkrankung. Ich glaubte auch diese ausschließen zu können, da zur Zeit des Auftretens der Affektion der Prozeß in der Harnröhre schon völlig geheilt war und wie oben erwähnt, Gonokokken sich schon früher durch lange Zeit nicht mehr hatten nachweisen lassen. Hierzu kam noch der Umstand, daß nicht das Corpus cavernosum urethrae, sondern der Schwellkörper des Penis und zwar gerade in seinem dorsalen Anteil ergriffen war.

Lues ließ sich ebenfalls ausschließen. Patient war nie luetisch infiziert gewesen und auch die (später einmal) vorgenommene Blutuntersuchung hatte ein negatives Resultat ergeben. Ebensowenig bestanden Anhaltungspunkte für Gicht, die zu Knotenbildungen in den Schwellkörpern des Penis führen kann, oder für Leukämie, welche umschriebene Knoten oder mehr diffuse Infiltrationen daselbst entstehen lassen kann. Gegen Induratio penis plastica sprach die ausschließliche und von vornherein isolierte Lokalisation im linken Schwellkörper des Gliedes, da ja diese Erkrankung im Septum intercavernosum oder in der Tunica albuginea des Schwellkörpers zu beginnen pflegt und diesen erst nachträglich in Mitleidenschaft zieht. Andererseits führten mich die eigentümlich derbe Konsistenz des Knotens, die während der Beobachtung immer deutlicher wurde und die völlige Schmerzlosigkeit der Affektion doch dazu, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „atypische Form der Induratio penis plastica“ zu stellen. Dafür schien mir auch der Befund des oben geschilderten erbsengroßen Knötchens an der Rückseite des Knotens zu sprechen. Ich hatte nämlich gerade um dieselbe Zeit einen Kranken mit typischer plastischer Induration in Beobachtung und Behandlung, bei welchem, ausgehend von einem großen Knoten im Septum intercavernosum, sich ebenfalls ein erbsengroßes Knötchen von derselben Beschaffenheit wie das vorerwähnte im rechten Penisschwellkörper entwickelt hatte.

Nach ca. 14tägiger erfolgloser antiphlogistischer Behandlung begann ich nun sofort, zumal es sich um einen Ehekandidaten handelte, mit einer energischen Fibrolysinbehandlung, mit welcher ich seinerzeit[1]) in einem ganz frischen Falle von Induratio penis plastica (ebenfalls bei einem Bräutigam) einen eklatanten Erfolg erzielt hatte.

[1]) Über Induratio penis plastica. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 41.

Digitized by Google

Auch hier trat bald eine prompte Rückbildung des Knotens ein, freilich gefolgt von einer unerwarteten, überraschenden Wendung. Nach den ersten Injektionen begann nämlich der derbe Knoten an seiner ursprünglichen Stelle allmählich zu verschwinden und wanderte nun innerhalb der nächsten drei Monate, immer mehr weniger deutlich an seiner proximalen Seite durch ein Knötchen begrenzt, zentralwärts allmählig bis an die Wurzel des Penis und hinterließ an seinem ursprünglichen Sitze auch nicht die geringste Veränderung. Patient hatte bis dahin 25 Injektionen bekommen und sie anstandslos vertragen. Nachdem nun der Knoten links bis an die Peniswurzel vorgerückt war, und allmählich sich zurückgebildet hatte, entwickelte sich nun an der symmetrischen Stelle, also im rechten Schwellkörper, eine ebensolche ganz gleichartige Verhärtung, so daß ich nach einer Pause die Fibrolysinbehandlung neuerlich aufnahm.

Es wanderte aber nun der Knoten im rechten Corpus cavernosum in umgekehrter Richtung, von rückwärts nach vorn, und auch im linken trat neuerlich eine zwar nicht so hochgradige wie früher, aber doch deutliche, unscharf begrenzte Verdichtung des Schwellkörpergewebes auf, die das Wandern des rechten Knotens begleitete. So kam es, daß bis zum Ende des Winters 1911 — Patient hatte bis dahin neuerlich 30 Fibrolysininjektionen erhalten — beide Knoten bis zum Sulcus coronarius vorgewandert waren und um diese Zeit endlich spurlos verschwanden. Gelegentlich in größeren Zwischenräumen vorgenommener Untersuchungen konnte ich mich von der vollkommenen Intaktheit der Schwellkörper überzeugen. Die Erektion war normal, schmerzlos.

In der Literatur fand ich kein Analogon dieser Beobachtung verzeichnet. Erst lange Zeit, nachdem Patient aus der Behandlung entlassen war, sah ich, daß doch schon früher, und zwar von Kollmann eine ganz ähnliche Beobachtung gemacht worden war. Ich fand sie in dem „Lehrbuch der chronischen Gonorrhöe der männlichen Harnröhre" von Oberländer und Kollmann (III. Teil, S. 158) in dem Kapitel, das sich mit der „chronischen nicht abszedierenden, sondern indurierenden Form der Entzündung der Schwellkörper, auch kurz Kavernitis genannt," beschäftigt. Augenscheinlich ist unter dieser Bezeichnung auch die Induratio penis plastica subsummiert. Die Beobachtung sei hier wörtlich zitiert:

In einem Falle beobachtete Kollmann eine sonderbare Wanderung solcher Indurationen. Die ersten Knötchen zeigten sich vor etwa 17 Jahren dicht hinter der Glans, im Anschluß an die Exzision eines Ulcus durum und zwar bald mehr links, bald mehr rechts mit entsprechend wechselnden Erektionsstörungen dieses Teiles (Abknickung nach links und nach rechts). Im Laufe der Monate verließen sie diesen Platz und zogen ein kurzes Stück den Penisschaft empor, um dann aber wieder nach der Glans zurückzukehren. Zuletzt gingen sie bis zur Peniswurzel, wo sie gegenwärtig immer noch sitzen und zwar in der Länge von $1^1/_2$ cm. Sie bewirken jetzt bei der Erektion eine Abknickung nach oben.

Diese Beobachtung Kollmanns bildet, wenn wir absehen von ihrer Entstehung im Anschluß an eine Schankerexzision, dem viel langsameren Verlauf und dem Zurückbleiben dauernder Veränderungen, ein Analogon zu meiner Beobachtung. Ob diese umschriebene Kavernitis zu der Lues des Patienten oder der Exzision des Ulkus in ätiologischer Beziehung stand, ist leider aus der kurzen Mitteilung nicht ersichtlich.

Ob weiter der vollkommene restlose Schwund der Erkrankung in meinem Falle auf die rasch einsetzende energische Behandlung ganz im

Digitized by Google

Beginn der Erkrankung zurückzuführen ist, möchte ich dahingestellt sein lassen und zwar aus folgenden Überlegungen, die sich auf weitere Erfahrungen an diesem Kranken stützen und die mich an der ursprünglich gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose „atypische Induratio penis plastica" irre werden ließen.

1911 verzog Patient von Prag und ich hatte bis zum Frühjahr 1912 nichts von ihm gehört. Um diese Zeit suchte er mich wieder auf und teilte mir mit, daß er seit ungefähr $^1/_2$ Jahre an hartnäckiger Thrombophlebitis der rechten unteren Extremität leide, die jeder Behandlung trotzend die Tendenz zeigte, zentralwärts zu wandern. Infolge der Erfolglosigkeit der Therapie entschloß sich Patient zur Operation und es wurden ihm an der Wade und unterem Drittel des Oberschenkels zwei Venenstücke von ungefähr 10 cm Länge exstirpiert. Oberhalb der Narbe am Oberschenkel hatte sich aber wieder, als ich den Patienten sah, eine frische Thrombophlebitis entwickelt. Die histologische Untersuchung der exzidierten Stücke hatte, wie mir sein Hausarzt mitteilte, nichts ergeben, was im Sinne einer bestimmten Ätiologie hätte verwertet werden können. Es fand sich starke, uncharakterisierte Entzündung. Wie ich später erfuhr, leidet Patient noch heute an der Venenerkrankung, die immer die Tendenz zur Wanderung hat und nun auch an der linken unteren Extremität aufgetreten ist.

Auf Grund dieser weiteren Erfahrungen glaube ich nun, daß es sich bei der Penisaffektion seinerzeit um einen Vorgang gehandelt hat, der in Analogie zu bringen ist mit der späteren Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, also um eine Kavernitis, die ich durch das Beiwort „migrans" schärfer charakterisieren möchte. Sie wäre vielleicht auch ohne die Fibrolysinbehandlung mit der Zeit verschwunden. Ich möchte nochmals betonen, daß die Ätiologie der Affektion ganz unklar ist. Gonorrhöe glaube ich mit Sicherheit aus den oben erwähnten Gründen ausschließen zu können, zumal Thrombophlebitiden an den Extremitäten bisher doch nur bei akuter Gonorrhöe und zwar in deren ersten Stadien beobachtet worden sind.

Die Farbenphotographie im Dienste der Dermatologie.

Von

Dr. Louis E. Merian, Zürich.

A. Die Photographie in natürlichen Farben (System Lumière).

Das langersehnte Ideal des Photographen, Photographien in natürlichen Farben zur Darstellung zu bringen, gehört heute nicht mehr zu den Utopien, sondern darf nahezu als gelöst betrachtet werden.

Ich möchte in dieser Abhandlung nicht auf das von Lippmann angegebene Interferenzverfahren, welches ein fixierbares, dauerndes Bild ergibt, noch auf die Methoden der indirekten Farbenphotographie ein-

Digitized by Google

gehen. Diese Methoden lassen sich nicht von jedermann in einfacher Weise ausführen. Der Zweck dieser Arbeit ist der, dem Arzte einige bewährte und leicht auszuführende Methoden in der Aufnahme von Lumière-schen Autochromplatten zu geben.

Wir benötigen zu solchen Aufnahmen einen Apparat mit Stativ und Kassetten, ein lichtstarkes Objektiv, womöglich einen Momentverschluß, die von Lumière zu solchen Aufnahmen speziell konstruierte Gelbscheibe, welche zweckmäßig in eine Fassung im Innern des Apparates, direkt hinter dem Objektiv hineingesteckt werden kann, und zuletzt die Lumière-schen Autochromplatten. Der zweckmäßigste Apparat ist unbedingt ein Stativapparat mit geradem Balg und Mattscheibe. Als Kassetten eignen sich am besten die sogenannten einfachen Kassetten, doch können ebenfalls Doppel- oder Buchkassetten Verwendung finden. Da die Autochromplatten, im Gegensatz zu den gewöhnlichen Trockenplatten, umgekehrt in die Kassetten gelegt werden, das heißt die Schichtfläche kommt auf die Rückfläche der Kassette, muß darauf geachtet werden, daß etwa vorhandene Federn nicht direkt auf die Schicht zu liegen kommen, sondern die von Lumière bei jeder Plattenpackung beigefügten schwarzen Kartons zwischen Feder und Schichtseite hineingelegt werden. Als Stative kämen hauptsächlich die fahrbaren Atelierstative, welche sich tief- und hochstellen lassen und auch eine Neigung der Kamera gestatten, in Betracht. Die mit drei verschiebbaren Füßen ausgestatteten Holzstative, versehen mit Kugelgelenk und Stativfeststeller, um ein Gleiten auf dem glatten Boden zu vermeiden, sind ebenfalls zweckdienlich. Die zur Verwendung kommenden Objektive dürfen nicht aus mehr oder minder gelbgefärbten Linsen zusammengesetzt sein, da diese Färbung den Orthochromatismus beeinflußt. Je lichtstärker das Objektiv, um so kürzer die Expositionszeit und parallel mit letzterer geht die Güte des Bildes. Da die Beleuchtung der Autochromplatten, wie bereits schon erwähnt wurde, von der Glasseite aus erfolgt, muß die Mattscheibe umgedreht werden und zwar in dem Sinne, daß die matte Seite nach außen kommt. Die Gelbscheibe kann bei Apparaten mit Einstellung auf der Mattscheibe vor oder hinter das Objektiv gesetzt werden und wird in den von Lumière angegebenen Gelbscheibenhalter eingesetzt. Als Verschluß verwende ich den Thronton-Pickard-Verschluß, welcher auf die Sonnenblende, somit vor das Objektiv aufgeschraubt wird. Der sehr starken Lichtempfindlichkeit der Autochromplatten wegen, erfolgt das Einlegen der Platten in die Kassetten am besten bei vollkommener Dunkelheit in der Dunkelkammer.

Dies Tasten im Dunkeln erscheint anfangs sehr schwierig, wird sich aber bald als unbeträchtlich herausstellen, wenn man beispielsweise

Digitized by Google

zur Übung, alte, unbrauchbare Platten in der Weise einlegt. Das Laden der Platten kann auch bei einem von LUMIÈRE angefertigten Farbenfilter geschehen, wobei man allerdings dafür Sorge tragen muß, daß beim Einlegen die empfindliche Schicht nicht dem direkten Dunkelkammerlicht ausgesetzt wird, und ist es für diesen Augenblick gut, der Lichtquelle den Rücken zu drehen. Daß man die Finger nicht auf die Schichtseite der Platten bringen darf, versteht sich von selbst. Nachdem alle diese Vorsichtsmaßregeln getroffen sind, beginnen wir mit der Aufnahme selbst. Da es sich in der Dermatologie meistens um Aufnahmen von Patienten handelt, so wird unser Bestreben darauf gerichtet sein, in möglichst kurzer Zeit ein farbenreiches Bild zu erhalten. Unsere beste Lichtquelle ist bekanntlich die Sonne, ihre Helligkeit ist aber nicht zu jeder Tages- und Jahreszeit gleich stark, sondern variiert sehr und wir müssen dieses Faktors, bei der Belichtungszeit der Platte, eingedenk sein. Genaue Zahlen lassen sich hier, wie auch bei der gewöhnlichen Photographie nicht angeben.

Eine Autochromplatte erfordert eine 50—60mal längere Expositionszeit, als die gewöhnliche Trockenplatte von LUMIÈRE „Blaue Etikette" unter gleichen Bedingungen aber ohne Gelbscheibe erfordert (vgl. Anweisung über die Behandlung von Autochromplatten, v. A. LUMIÈRE et ses fils, Lyon-Monplaisir). Wenn irgend möglich setzt man das zu photographierende Objekt direkt in das volle Sonnenlicht im Freien. Die in dieser Weise gemachten Bilder sind weit farbenreicher als solche, welche selbst im besterleuchteten Atelier aufgenommen werden.

Da es sich bei Hautkrankheiten oft nur um Farbendifferenzen handelt, spielt die geschickte Stellung des Patienten oft die ausschlaggebende Rolle. Das zweckmäßigste und wohl auch am meisten verlangte Format in Autochromplatten ist 9×12 cm. Da ich im dritten Abschnitt noch über die Projektion von Autochromplatten zu sprechen gedenke, werde ich dort noch auf die direkte Verwendbarkeit der LUMIÈREschen Farbenplatten in einem für dieselben vorzüglich gebauten und technisch vollendeten Apparat zurückkommen.

Die noch vor kurzer Zeit sehr komplizierten Entwicklungsmethoden von Autochromplatten sind in letzter Zeit von LUMIÈRE wesentlich vereinfacht worden. Der Entwicklungsgang gestaltet sich folgendermaßen: Zur Entwicklung benötigt man zwei Lösungen: Die eine derselben gebraucht man zur ersten und zweiten Entwicklung (Lösung Nr. 1), die andere wird zur Auflösung des reduzierten Silbers (Lösung Nr. 2) verwendet. LUMIÈRE bringt einen konzentrierten Metochinonentwickler in den Handel, von dem man 1 Teil mit 4 Teilen Wasser verdünnt. Dieser Entwickler hat nach LUMIÈRE folgende Zusammensetzung: Wasser (vor-

Digitized by Google

zugsweise dest.) 1,000 ccm, Metochinon 15 g, wasserfreies Natriumsulfit 100 g, Bromkalium 6 g, Ammoniak a 22 (D = 0,923), 32 ccm, S. Bad Nr. 1.

Ich möchte dem Anfänger sehr empfehlen, den von Lumière in den Handel gebrachten Entwickler zu benutzen, um einen Fehler in dieser Hinsicht auszuschließen und sich erst nach vollkommener Beherrschung der Entwicklungstechnik, der Pyrogallol- und Rodinalentwickler zu bedienen.

Das Umkehrungsbad (Bad 2) hat folgende Zusammensetzung: Wasser 1,000 ccm, Kaliumpermanganat 2 g, Schwefelsäure 10 ccm, S. Bad Nr. 2. Dieses letztere Bad kann mehrere Male benutzt werden.

Zur Entwicklung bedient man sich zweckmäßig zweier mit Nr. 1 und 2 versehenen Glasschalen, welche peinlich sauber sein und vor und nach dem Gebrauch gereinigt werden müssen. Das Herausnehmen der Platten und das Einlegen derselben in Bad Nr. 1 darf nur in der Dunkelkammer, im Schatten der Viridalaterne von Lumière geschehen. Man stellt sich den zur Verwendung kommenden von Lumière bezogenen Entwickler (konzentriert) jeweilen frisch her: Konzentrierter Entwickler 15 ccm, Wasser (Temperatur 15 R) 60 ccm, S. Bad Nr. 1a.

Bei richtiger Belichtung beträgt die Entwicklungsdauer $2^1/_2$ Minuten. Nachdem die Platte 15 Sekunden im Entwickler gelegen hat und die Schale langsam bewegt wurde, darf dieselbe für einen Moment an der Viridalampe beobachtet werden, um je nachdem die Platte über- oder unterexponiert ist, weiter behandelt zu werden[1]).

Nach $2^1/_2$ Minuten nimmt man die Platte aus dem Entwicklungsbad, wäscht dieselbe in fließendem Wasser gut ab und bringt sie alsdann in Schale Nr. 2, in die man vor dem Beginn der Entwicklung 60 ccm des Umkehrungsbades (saures Permanganat Nr. 2) gegossen hat[2]). Dann geht man mit der im Umkehrungsbade befindlichen Platte ans volle Tageslicht. Nach 3—4 Minuten, wenn sich die Farben in der Durchsicht geklärt haben, wird die Platte herausgenommen und während einer $^1/_2$ Minute im laufenden Wasser abgewaschen. Hierauf kommt die Platte in die Entwicklerlösung, somit in Schale Nr. 1 zurück und verbleibt dort so lange, bis sie geschwärzt ist (Dauer 3—4 Minuten). Darauf wird die Platte wiederum 3—4 Minuten in fließendem Wasser abgespült und zum Trocknen aufgestellt.

Nachdem die Platte vollkommen lufttrocken ist, ist eine Lackierung derselben sehr zu empfehlen: Benzin, kristallisierbar Benzol 100 cc, Dammarharz 20 g.

[1]) Vgl. Anweisung über die Behandlung von Autochromplatten. A. Lumière, S. 13.

[2]) Vgl. Anweisung über die Behandlung von Autochromplatten. A. Lumière, S. 12.

Digitized by Google

Zu diesem Zwecke gießt man den Lack auf die Mitte der Platte, läßt ihn gegen die Ränder ablaufen und an einer Ecke abtropfen. Selbstverständlich muß der Lack vollkommen klar und frei von allen Fremdkörpern sein. Das Lackieren der Platten hat den Zweck, die Schichtseite derselben zu schützen, die Bilder haltbarer zu machen und die Transparenz zu erhöhen. Zum weiteren Schutze lege ich auf die Schichtseite der Autochromplatten eine aus dünnem, fehlerfreiem Glase bestehende Deckplatte und klebe die Platten mit schwarzem gummierten Papier oder Heftpflasterstreifen zusammen. Zur Abdeckung seitlicher Bildteile und um die Wirkung eines Bildes zu erhöhen, legt man zwischen die beiden Platten Masken aus schwarzem Papier. Die Platten werden zweckmäßig in gut lichtdicht verschlossenen Hüllen oder Schachteln aufbewahrt.

Was nun die Betrachtung der Autochrombilder anbelangt, so eignen sich die sog. Passepartout, d. h. Einschieberahmen mit etwas breiten Rändern, sehr gut, da sie das umgebende Licht abhalten und das Objekt somit besser hervortreten lassen. Viel schöner ist die Betrachtung im Spiegelreflexapparat. Um mehrere Bilder nacheinander betrachten zu können, hat Lumière einen Apparat, das „Chromodiaskop" erfunden, welches eine ganz vorzügliche Plastik der Bilder hervorbringt.

Fassen wir nun noch einmal die Hauptpunkte der Aufnahme und Entwicklung in Kürze zusammen:

1. Einlegen der Platten, die Schichtseite nach der Rückseite der Kassette mit Schutz durch den schwarzen Karton, in der Dunkelkammer im Schatten der Viridalampe.

2. Einsetzen der Gelbscheibe, Verschluß aufziehen, abblenden.

3. Aufnahme 50—60mal längere Belichtung als bei einer Lumière-Platte (blaue Etikette).

4. Ansetzen des Entwicklers in Schale Nr. 1, konzentrierter Entwickler 15 ccm, Wasser 60 ccm (Temperatur 15° R). Die Dunkelkammer ist durch die Viridalampe schwach erhellt, das Einlegen der Platte erfolgt im Schatten der Lampe. Eine richtig exponierte Platte bleibt bei Bewegen der Küvette genau $2^1/_2$ Min. in Bad Nr. 1.

5. Abwaschen der Platte in laufendem Wasser.

6. Eintauchen der Platte in Bad Nr. 2, Umkehrungsbad (saures Permanganat), davon 60 ccm in der Schale Nr. 2.

7. Nach einigen Sekunden soll man die Dunkelkammer verlassen und ans volle Tageslicht gehen, nach 3—4 Min. zeigen sich die Farben in der Durchsicht.

8. Abwaschen der Platten $^1/_2$ Min. im laufenden Wasser (ev. Chromalaunbad).

Digitized by Google

9. Platte kommt in Bad Nr. 1 und bleibt dort so lange, bis sie geschwärzt ist. Dauer 3—4 Min.

10. Abspülen 3—4 Min. in laufendem Wasser.

11. Trocknen an der Luft oder elektr. Ventilator.

12. Lackieren, Aufgießen des Lackes auf die Mitte der Platte, Ablaufen des Lackes nach einer Ecke, aufstellen und trocknen. Auflegen einer Deckplatte und Zusammenkleben der Ränder mit Papier oder Heftpflasterstreifen.

Ich erwähnte bereits, daß man Autochromaufnahmen von Hautkrankheiten am zweckmäßigsten im vollen Sonnenlichte aufnimmt. Da uns dasselbe aber nicht zu jeder Zeit und an jedem Ort zur Verfügung steht und da die Intensität des Lichtes mit den Tages- und Jahreszeiten sich sehr ändert, ist es nicht verwunderlich, daß man versucht hat sich einer künstlichen Lichtquelle zu bedienen. Analog den Magnesiumblitzlichtaufnahmen für die gewöhnlichen Trockenplatten hat die Firma L. auch eine Blitzlichtpulvermischung in den Handel gebracht, das sog. „Perchlora"-Pulver, welches in Verwendung mit einer speziellen Gelbscheibe brauchbare Bilder aufzunehmen gestattet. Für feinere Veränderungen hingegen eignet sich meiner Erfahrung nach dieses Verfahren nicht, besonders nicht in der Dermatologie, da es hier und da so sehr auf zarte Farbenunterschiede und Abgrenzungen ankommt. Eine andere Lichtquelle, welche zur Aufnahme von Autochrombildern herangezogen werden kann, ist das elektrische Bogenlicht. Ich glaube kaum, daß sich dieses Aufnahmeverfahren für dermatologische Zwecke eignen wird, da die Anschaffungskosten im Vergleich mit den Resultaten doch viel zu teuer zu stehen kommen. Für ein großes Krankenhaus oder da wo zu solchen Zwecken viel Geld zur Verfügung steht, wird sich wohl die Kombination beider Verfahren für Aufnahmen eignen. Einstellen und Aufnehmen bei elektrischem Bogenlicht, nach einigen Sekunden Abbrennen von Perchlorapulver mittels elektrischen Fernzünders. Ich besitze bis heute in dieser Art der Autochromaufnahmen noch zu wenig Erfahrung, glaube aber nach den bis heute gewonnenen Resultaten, brauchbare Bilder in Aussicht stellen zu können und behalte mir vor, später noch ausführlicher auf diese Technik einzugehen.

Um der Gelatine eine größere Widerstandskraft zu sichern, ist es im Sommer zweckmäßig, die Platte nach der Herausnahme aus Bad Nr. 2 für einige Minuten in folgende Lösung zu bringen: Wasser 1000,0 ccm, Chromalaun 10,0 g, D. S. Härtungsbad.

Man wasche darauf die Platte, bevor dieselbe in Bad Nr. 1 weiterbehandelt wird.

Digitized by Google

B. Die Herstellung mikrophotographischer Aufnahmen.

Wenn wir heutzutage von mikrophotographischen Aufnahmen und Apparaten sprechen, denken wir in erster Linie an große, mit allen Schikanen der modernen Technik ausgestattete Apparate der bekannten Weltfirmen Zeiß, Leitz, Reichert usw. und wenn wir es wagen, einen wissenschaftlich arbeitenden Kollegen auf diesen wichtigen Zweig der medizinischen Photographie aufmerksam zu machen, wird uns zur Antwort gegeben, daß nur große Institute und Anstalten, welche über beträchtliche Summen verfügen, sich die Anschaffung solcher Apparate leisten können, nicht aber ein kleines Krankenhaus oder auch ein über bescheidene Mittel verfügendes Privatlaboratorium. Der Zweck dieser Arbeit soll nicht der sein, nur einen bestimmten Apparat ins Auge zu fassen[1]), es führen auch auf diesem Gebiete viele Wege zum gleichen Ziel. Wenn es mir gelingen sollte, den Kollegen zu zeigen, daß auch mit einfachen und billigen Mitteln gute photographische Aufnahmen sich herstellen lassen, so ist der Zweck dieser Zeilen erreicht.

Wir benötigen zu mikrophotographischen Aufnahmen folgende Instrumente: 1. ein Mikroskop, 2. eine photographische Kamera, 3. eine lichtdichte Verbindung zwischen Tubus des Mikroskopes und Objektivbrett der Kamera (in Form einer kleinen schwarzen Manschette), 4. eine Lichtquelle (Gas, Azetylen oder elektrisches Bogenlicht), 5. einen Beleuchtungsapparat, 6. ein Farbenfilter, 7. photographische Platten.

1. Das Mikroskop. Es genügt zu diesem Zwecke schon ein gewöhnliches, mit umlegbarem Stativ versehenes Mikroskop.

2. Die photographische Kamera. Sehr geeignet zur Verwendung ist eine Atelier- oder Landschaftskamera, ebenso ist eine Spiegelreflexkamera brauchbar, weniger eine mit einem Auszug versehene Handkamera, doch ist auch letztere zweckmäßig, wenn ein doppelter Balgauszug eine Verlängerung der Kamera zuläßt.

3. Eine lichtdichte Verbindung zwischen Okular des Mikroskopes und Objektivbrett der Kamera. Am billigsten ist wohl folgende Anordnung. Anfertigung eines neuen Objektivbrettes, Ausschneiden einer für das Okular passenden kreisrunden Öffnung und Einleimen eines etwa

[1]) Neben den großen Apparaten der Firma Zeiß & Leitz, benutze ich seit einigen Monaten den von der Firma „Bergmann" in Gaggenau unter dem Namen „Lustro" in den Handel gebrachten Apparat. Der Lustro eignet sich nicht nur zu mikrophotographischen Aufnahmen, sondern auch zur Mikroprojektion wie auch als Vergrößerungsapparat und in hervorragendem Maaße, durch die Luftkühlung zur Projektion von Diapositiven und Lumièreschen Autochromplatten. Selbst zum Epidiaskop und Kinematographen läßt sich der Lustro in einigen Minuten verwandeln. Die Anschaffungskosten sind als minimal zu bezeichnen.

Digitized by Google

3—4 cm über das Objektivbrett vorstehenden Papprohres, welches innen mit Tusche (zur Vermeidung der Reflexe) ausgestrichen wird. Damit die Verbindung zwischen Mikroskop und Kamera für die Einstellung des Bildes, durch Drehen an der Tubusschraube beweglich ist, wird eine aus dunklem Stoff angefertigte Manschette von 6—8 cm Länge, welche an ihren Enden mit einem Gummizug versehen ist, über das Pappenrohr der Kamera und über das Okular des Mikroskops gestülpt.

4. Die billigste Lichtquelle ist das Sonnenlicht, doch kommt dasselbe für unsern Zweck deshalb nicht in Betracht, weil das scheinbare Wandern der Sonne am Himmel einen sog. Heliostaten, einen sehr kostspieligen Apparat voraussetzt und die Sonne zur Zeit der mikrophotographischen Aufnahmen, welche meistens wegen der Erschütterungen (Verkehr auf den Straßen und Treppenhäusern) des Nachts stattfinden, nicht zur Verfügung steht. Eine zweite billige und brauchbare Lichtquelle ist das Auerlicht (Gas oder Spiritus). Wo elektrische Kraft zur Verfügung steht, benutzt man natürlich mit Vorteil eine Nernst-Lampe, Leitz mittels Handbetrieb oder noch besser eine Ewon-Bogenlampe mit automatischer Regulierung, welche direkt an jede Lichtleitung angeschlossen werden kann [1]).

5. Als Farbenfilter verwende ich das Zettnowsche Filter [2]) als sog. Flüssigkeitsfilter. Dieses Filter kann durch das von Kaiserling angegebene Martiusgelb und Methylenblaufilter [3]) ersetzt werden. Letztgenanntes bietet insofern einen Vorteil, daß es haltbar ist, etwas mehr Licht hindurchläßt und somit eine kürzere Expositionszeit erfordert als das Zettnowsche Filter. Als Filterbehälter dienen sog. Lichtfilterküvetten (im Handel erhältlich) oder solche, welche nach den Angaben von Neuhaus folgendermaßen hergestellt werden können: Auf zwei plane Glasscheibchen vom Format 6—9 cm wird ein etwa 2 cm dicker, vorher mit Wasser zu befeuchtender Gummischlauch in U-Form gelegt, die Platten werden durch Kopierrahmenklemmen an den Schlauch gepreßt und die Farbenfilterlösung in den so gebildeten Hohlraum hineingegossen. Der innere Abstand der Zettnowschen Filter muß genau 1 cm sein. Die Filterküvette wird zwischen zwei Holzklötzchen eingepreßt, damit dieselbe auf der Unterfläche einen festen Stand hat.

6. Die Wahl der Platten bildet insofern einen sehr wichtigen Faktor, als man sehr darauf bedacht sein muß, schleierfreies Material zu erhalten,

---

[1]) Selbstregulierende Bogenlampe von „Geiger" in München, versehen mit einem Linsensystem, eignet sich in hervorragendem Maße als Beleuchtungsapparat und arbeitet mit mathematischer Genauigkeit. — [2]) Zettnowsches Farbenfilter besteht aus: Kupfernitrat 160 g; Chromsäure 14 g; Wasser 250 g. — [3]) Vgl. Kaiserling, Praktikum der wissenschaftlichen Photographie, 1898, S. 284.

Digitized by Google

während es weniger auf eine sehr große Empfindlichkeit der Platte ankommt. Die Verwendung von grünen Filtern setzt unbedingt den Gebrauch von orthochromatischen Platten voraus und ich bediene mich seit langer Zeit der Perutzschen Silbereosinplatten.

Wenn wir nun, ausgestattet mit den eben geschilderten Apparaten, an den Aufbau des mikrophotographischen Apparates herangehen, so werden wir mit Vorteil folgendermaßen verfahren: Der beste Ort zur Aufstellung der Apparate ist ein Zimmer, welches möglichst auf gleicher Höhe mit dem Erdboden liegt. Liegt der Aufnahmeraum in einem oberen Stockwerk, so wähle man hier wiederum das ruhigste und vom Verkehr möglichst abgelegene Zimmer. Steht ein solches nicht zur Verfügung, muß man eben abwarten bis sich der Verkehr auf den Straßen möglichst beruhigt hat, da es sonst unmöglich ist ein scharfes Bild herauszubekommen. Die einzelnen Apparate, das heißt die Lichtquelle, das Mikroskop kommen auf kleine, dreibeinige Tischchen zu stehen, welche zweckmäßig mit Stellschrauben zu versehen sind. Die Kamera wird auf ein fahrbares Atelierstativ geschraubt und mit dem Mikroskop durch Aufsetzen der Manschette mit dem Tubus der Kamera in Verbindung gebracht. Die Tische werden mit der Wasserwage genau horizontal gestellt. Die Lichtquelle, das Mikroskop und die Kamera müssen derart hintereinander gestellt sein, daß man sich durch den optischen Mittelpunkt aller eine senkrecht zur Grundfläche der Apparate stehende Ebene gelegt denkt. Die Lichtquelle steht ungefähr 50 cm vom Mikroskop entfernt, man stellt mit der Beleuchtungslinie so z. B. bei Ewon durch Verlängern oder Verkürzen des Tubus auf die Mitte des Objekttisches ein. Der Spiegel und der Abbésche Beleuchtungsapparat sind vorher herauszunehmen. Ist der Apparat nun richtig eingestellt, so muß genau auf der Mitte der Mattscheibe ein kreisrunder, heller Fleck auftreten. Die Mitte der Mattscheibe bezeichnet man sich dadurch, daß man mittels eines Bleistiftes ein kleines Kreuz im Schnittpunkt der Diagonalen aufzeichnet. Der Apparat ist somit für die Aufnahme vorbereitet, es fehlt nur noch die scharfe Einstellung auf der Mattscheibe. Die Einstellung auf der Mattscheibe, welche durch Drehen an der Tubusschraube und Mikrometerschraube erreicht wird, ist sehr zu empfehlen mit einer Lupe. Es folgt das Einfügen des Farbenfilters unmittelbar vor das umgelegte Mikroskop. Die Mattscheibe wird herausgenommen und an deren Stelle die Kassette mit einer Silbereosinplatte eingesetzt. Nun wird zwischen die Lichtquelle und das Mikroskop ein Stück Pappe aufgestellt, der Schieber der Kassette ausgezogen, einige Minuten gewartet, so daß der ganze Apparat vollkommen ruhig steht, das Stück Pappe hochgehoben und mit der Uhr in der Hand genau die zur Belichtung erforderliche

Digitized by Google

Zeit exponiert. Das als Verschluß dienende Stück Pappe wird wieder zwischen Lichtquelle und Mikroskop gestellt und der Deckel der Kassette geschlossen. Es ist sehr zu empfehlen, die Aufnahmen in einem möglichst dunklen Raume vorzunehmen. Daß ferner während der Aufnahme nicht im Zimmer herumgegangen werden darf, ist selbstverständlich. Die Entwicklung der Platten erfolgt nach den bekannten Regeln des Negativprozesses.

Der Positivprozeß.

Das Papiermaterial hat in neuester Zeit sehr große Umwandlungen erfahren. An Stelle des Tageslichtes bedient man sich mit Vorteil des schnellarbeitenden Kontaktpapieres, der sog. Entwicklungspapiere. Diese Gaslichtpapiere sind für schwache wie auch kräftige Negative vorhanden.

Die Verarbeitung dieser Papiere ist sehr einfach, die Schichtseite, kenntlich durch die Innenkrümmung, wird auf das im Kopierrahmen eingelegte Negativ gelegt.

Die Belichtung des Papieres erfolgt bei Tages- oder Lampenlicht, die Entwicklung erfolgt nach den der Plattenpackung beigegebenen Vorschriften. Ich benutze sowohl Bromsilberpapier, welches eine vorsichtige Behandlung erfordert und nur bei rotem Licht entwickelt werden darf, wie auch Lenta & Velox Regularpapier, welch letzteres sich mir besonders bei flauen Negativen sehr gut bewährt hat.

Über die Expositionszeiten bei mikrophotographischen Aufnahmen lassen sich sehr schwer genaue Angaben machen, diese hängt in erster Linie von der Intensität der Lichtquelle, von der Vergrößerung, welche man zu erzielen beabsichtigt, von der Dicke und Färbung des mikroskopischen Schnittes wie auch vom Farbenfilter ab. Die mikrophotographischen Platten eignen sich in ganz hervorragendem Maße zur Anfertigung von Diapositiven und zur Projektion, wir werden uns noch im dritten Abschnitt dieser Arbeit mit der Projektion näher zu beschäftigen haben.

Das Lumièresche, der Natur am nächsten kommende Autochromverfahren eignet sich in ganz besonderer Weise auch dazu, farbige Mikroprojektionsdiapositive anzufertigen. Ich möchte mir erlauben, die auf diesem so interessanten Gebiete gewonnenen Erfahrungen in einigen Worten mitzuteilen. Wir gebrauchen, falls wir schon im Besitze eines mikrophotographischen Apparates sind, nichts weiter als an Stelle des Zettnowschen Farbenfilters eine von Lumière angefertigte Gelbscheibe zur Aufnahme von mikrophotographischen Aufnahmen bei elektrischem Bogenlicht und die Autochromplatten. Das Einlegen der Platten, das Entwickeln und die Einstellung des mikrophotographischen Apparates und das Umdrehen der Mattscheibe geschieht nach der im vorangehenden

Digitized by Google

Paragraphen beschriebenen Anordnung. Die Belichtung erfordert eine etwa 60—80mal längere Zeit als eine Aufnahme auf Silbereosinplatten (Perutz-München). Daß man nur von technisch einwandsfreien mikroskopischen Schnitten eine gute Reproduktion zu erwarten hat, versteht sich von selbst.

Ich möchte besonders diesem Verfahren das Wort reden, weil die damit zu erreichenden Effekte, was Farbentreue und Naturähnlichkeit anlangt, alle bis heute existierenden Verfahren der Projektion von farbigen, meist handkolorierten Diapositiven weit in den Schatten stellen.

C. Die Projektionstechnik.

In diesem dritten und letzten Abschnitt möchte ich versuchen, die im vorangehenden Teil gewonnenen Erfahrungen zum Zweck der Projektion auszunutzen. Der Projektionsapparat setzt sich aus drei verschiedenen Bestandteilen zusammen: Lichtquelle, Kondensor und Objektiv. Der Apparat wird auf einen kleinen, speziell zu diesem Zwecke angefertigten Projektionstisch gestellt und an die dem Apparat gegenüberliegende Wand der Auffangsschirm gehängt.

Die Lichtquelle. Als beste Lichtquelle wäre auch für die Projektion das Sonnenlicht in Betracht zu ziehen, welches sich aber aus den in Paragraph 2 angegebenen ähnlichen Gründen nicht verwenden läßt. Wir sind deshalb auf künstliche Lichtquellen angewiesen. Das Petroleumlicht eignet sich nur zur Projektion bei völliger Verdunklung des Raumes und erlaubt keine starke Vergrößerung des Bildes. Petroleumglühlicht unter Druck ist für solche Orte zu empfehlen, denen eine elektrische Leitung nicht zur Verfügung steht und wo man eine billige und dennoch sehr helle Lichtquelle benötigt. Gasglühlicht erfordert eine Gasleitung und liefert kein helleres Licht als eine gut funktionierende Petroleumlampe. Spiritusglühlicht ist etwa gleich hell wie Gasglühlicht, erfordert keine Lichtleitung und hat gegenüber Petroleum den Vorzug, die Luft des Projektionszimmers nicht so rasch zu verderben. Noch zweckmäßiger als die gewöhnlichen Spiritusbrenner sind diejenigen, welche unter einem gewissen Druck stehen, dieselben liefern ein ruhiges, helles und sehr angenehmes Licht. Azetylen eignet sich an solchen Orten, wo eine Anlage schon besteht in hervorragender Weise, kann ebenfalls in Form des komprimierten Gases (ähnlich den Stahlflaschen für Kohlensäure) an jedem Ort verwendet werden und zur Beleuchtung des Projektionsapparates dienen. Die Leuchtkraft steht dem gleich zu besprechenden Kalklicht an Helligkeit allerdings nach. Das Kalklicht wird aus einem Gemisch von Sauerstoff und Wasserstoff erzeugt, welches unter Druck gesetzt ist und in einem speziellen Brenner zur Verbrennung gelangt,

Digitized by Google

um auf ein Stück gebrannten Kalk in Form einer kleinen Stichflamme geleitet zu werden. Das Licht ist sehr hell, ruhig und für die Augen angenehm.

Das Ideal sowohl im optischen Sinne als auch im Sinne der Einfachheit, was die Bedienung und den Unterhalt anbelangt, ist das elektrische Bogenlicht. Neben dem Bogenlicht spielen die Nernstlampe und das elektrische Glühlicht eine untergeordnete Rolle, obschon diese einfach zu bedienenden und saubern Lichtquellen für kleine Kreise sehr zu empfehlen sind.

Das optische System der Projektionsapparate setzt sich aus dem Kondensor und dem Objektiv zusammen. Die Aufgabe des Kondensors ist, die von der Lichtquelle ausgehenden Strahlen auf das zu projizierende Objekt (Diapositiv usw.) zu leiten. An Stelle der halbkugeligen Glaslinse der alten Laterna magica ist der aus zwei plankonvexen Linsen zusammengesetzte Doppelkondensor getreten. Als dritter und letzter zum Projektionsapparat gehörender Bestandteil haben wir das Objektiv zu erwähnen, welchem die Aufgabe zufällt, das vergrößerte Bild zu liefern. Das Objektiv besteht aus zwei in ein Messingrohr eingeschraubten Linsensystemen. Die mit dem Objektiv zu erreichende Bildgröße wird aus folgender Formel berechnet. Wenn B. die Größe des projizierten Bildes, a. der Abstand zwischen Objektiv und Auffassungsschirm, b. die Größe des Diapositives usw., f. die Brennweite des Objektives ist, so kann man die betreffenden Zahlenwerte in die Formel einsetzen und sich die Bildgröße daraus berechnen. $B = \frac{a \times b}{f}$. Es ist dabei zu beachten, daß mit der Bildgröße, welche beliebig gewählt werden kann, mit wachsender Entfernung die Bildhelligkeit mit dem Quadrat der Entfernung abnimmt. Zwischen den Kondensor und das Objektiv kommt das zu projizierende Diapositiv zu stehen, welches in ein Holzrähmchen, dem sog. Bildhalter gesteckt wird. Der Projektionsapparat findet auf einem kleinen Tisch Aufstellung, welcher sehr zweckmäßig eine Vorrichtung zum Neigen der Tischplatte besitzt. Die Bilder werden, wie schon vorausgehend erwähnt, an einer weißen Wand oder durch einen transparenten Vorhang hindurch gezeigt. Als sehr zweckmäßig erweist sich eine mit Zinkweiß gestrichene Wand des betreffenden Raumes oder ein im Handel erhältlicher undurchsichtiger Schirm. Bei dieser Art von Projektion befindet sich der Apparat im Raume selbst, bei der Durchprojektion befindet er sich außerhalb des Zuschauerraumes. Zum Durchprojizieren benutzt man ganz feine Leinwand, welche vor dem Gebrauch mit Wasser zu befeuchten ist.

Die meisten Projektionen werden im vollständig verdunkelten Raume

Digitized by Google

vorgenommen und ist die Projektion im dunklen Raume deshalb zu empfehlen, weil es nur in einem solchen möglich ist, eine vollständige Ausnutzung des Lichteffektes zu erzielen; damit soll aber nicht gesagt sein, daß nicht auch in einem halbverdunkelten Raume bei Verwendung einer sehr starken Lichtquelle ein klares Bild resultiert.

Als Lichtbilder, welche sich zur direkten Projektion eignen, dienen die von den photographischen und mikrophotographischen Platten angefertigten Abdrücke, „Diapositive". Zur Herstellung von Diapositiven bedienen wir uns des Plattennegatives. In der Dunkelkammer bringen wir die Schichtseiten des Negatives mit den Diapositivplatten (Krbutz oder Hauff) in Berührung, legen beide in einen Kopierrahmen und zwar so, daß bei der Exposition zuerst das Negativ von den Lichtstrahlen getroffen wird. Je nach der Dichte des Negatives, nach der Helligkeit der zur Belichtung in Betracht kommenden Lichtquelle und dem Abstand der Lichtquelle vom Kopierrahmen beträgt die Expositionszeit 5—10 bis 20 Sekunden. Darauf wird die belichtete Diapositivplatte entwickelt, fixiert, gewässert, getrocknet und eingerahmt. Die auf diese Weise gewonnenen Diapositive eignen sich in hervorragender Weise zur Projektion. Die farbigen Diapositive wurden, bevor man das Lumièresche Verfahren kannte, mit der Hand koloriert, ein sehr zeitraubendes und nur von sehr geübten Künstlern auszuführendes Verfahren.

Ich kann, ohne zu übertreiben, sagen, daß wir in der Projektion der Autochromplatten das Ideal von Diapositiven in natürlichen Farben erreicht haben. Die Voraussetzung ist allerdings eine gut gelungene Autochromplatte und eine möglichst starke Lichtquelle[1]) in einem zur Projektion von Autochromplatten geeigneten Projektionsapparat.

Versammlungen.

80. Jahresversammlung der British Medical Association, Section of Dermatology.

Juli 1912. (Brit. med. Journ., 10. Aug. 1912.)

Zur Einleitung, Physikalisches und Biochemisches in bezug auf Dermatologie, von W. G. Smith.

Akne und Seborrhöe, deren Ursache und Behandlung, von A. Whitfield-London. Als Ursachen der Seborrhöe nennt W. neben den mit der Pubertät verbundenen Prozessen eine gewisse hereditäre Disposition, ferner Diätfehler, Dyspepsie, warmes feuchtes Klima und unzweckmäßige Bekleidung. Während nun diese Abnormität ohne den Einfluß von Mikroorganismen sich entwickelt, bildet sie die Grundlage für

[1]) Elektrisches Bogenlicht von 30 Ampere.

Digitized by Google

die Entstehung der Akne, wenn als weiteres Moment hinzukommen die Verstopfung der Mündung der Follikel durch den Sabouraudschen Mikrobazillus, womit die Bildung des Comedo bewirkt ist, und ferner der durch den Staphylokokkus pyogenes (oder auch gelegentlich andere pyogene Mikroorganismen) bedingte Vereiterungsvorgang. Diese Darlegung begründet Redner durch seine histologischen Befunde.

R. Sabouraud-Paris versteht unter Seborrhöe eine übermäßige Sekretion der Talgdrüsen, womit gesagt ist, daß es eine Seborrhoea sicca nicht gibt und nicht geben kann. Der von Unna und Hodara entdeckte Mikrobazillus der Seborrhöe ist in allen Fällen zu finden, aber seine ätiologische Bedeutung ist noch nicht definitiv erwiesen. Die Pityriasis simplex der Kopfhaut wird wahrscheinlich durch die von Malassez beschriebenen Sporen hervorgerufen und ist von der Seborrhöe glatt zu trennen, wenn sie auch derselben oft vorangeht. Die Seborrhöe der Kopfhaut führt aber immer zu Alopezie. Daß hierbei die Sekretion der Genitalorgane eine Rolle spielt, hält S. für unzweifelhaft, und er führt als Tatsache an, daß Eunuchen niemals kahlköpfig sind.

Über Sporotrichosis, von L. de Beurmann-Paris. In ausführlicher Darlegung bespricht Redner das Thema und führt zunächst an, daß seit seiner ersten Publikation im Jahre 1903 jetzt schon mehr als 200 Fälle dieser Art beobachtet worden sind. Die eminente praktische Wichtigkeit dieser Beobachtungen erhellt schon aus den Erfolgen der Therapie; bei Darreichung von Jodkalium in ausgiebigen Dosen und der lokalen Applikation von Jodtinktur kann man auf Heilung in 4—8 Wochen rechnen, während bei sonstigen Behandlungsversuchen das Leiden eine unbegrenzte Dauer hat, und chirurgische Eingriffe mit sehr seltenen Ausnahmen direkt schädlich wirken. Die Literatur umfaßt Beobachtungen aus den verschiedensten Weltteilen. Der Pilz scheint sehr widerstandsfähig zu sein; man hat Kulturen davon außer an Pflanzen (Salat) auch an Baumrinde und auf Humus gefunden.

Die Behandlung der Nävi auf Grund von Beobachtungen bei mehr als 2000 Fällen, von J. L. Bunch-London. Im allgemeinen ist die Behandlung mit Kohlensäureschnee die bequemste und auch wirksamste Methode namentlich bei sternförmigen, kapillaren, kavernösen und flachen pigmentierten Nävi. Für lineäre und verruköse Mäler ist sie nicht so gut geeignet. Bei Feuermälern hängt der Erfolg zum großen Teil von dem Grade der Tiefenausdehnung der Affektion ab. B. hat auch mit der Elektrolyse und mit flüssiger Luft erfolgreich gearbeitet. Bei letzterem Mittel bildet als Nebenmoment der hohe Preis oft ein großes Hindernis.

Typen von Dermatitis seborrhoica, von G. G. S. Stopford-Taylor-Liverpool. Demonstration und Besprechung einer Reihe von Photogrammen von Affektionen (Seborrhoea lichenoides, Dermatitis seborrhoica, Seborrhoea psoriasiforme usw.), denen allen als charakteristisches Moment die Seborrhöe gemeinsam war.

Eine rationelle Methode der Luesbehandlung, von D. E. R. Mc Donagh. An einigen präzisen Beispielen zeigt Verf. die Bedeutung einer genau individualisierenden Behandlung und der Kontrolle durch die Seroreaktion und der Anwendung der provokatorischen Salvarsaninjektion.

Die Vakuumelektrode bei Neurodermatitis, von J. G. Tomkinson-Glasgow. Namentlich zur Bekämpfung von Juckreiz hat der hochfrequente Strom dem Verf. gute Dienste geleistet. Er schildert einen Fall von Pruritus ani und drei von lichenoiden Affektionen, welche damit sehr erfolgreich behandelt wurden nach sonstiger vergeblicher Behandlung.

Papilliforme Läsionen (Lymphangiomata) des Skrotums, verbunden mit multiplen petechialen Flecken am Rumpfe und den Extremitäten, von F. C. Madden-Kairo. Es handelte sich um einen 23jährigen Fellachen, dessen Skrotum

Digitized by Google

im Laufe von fünf Jahren allmählich total von dicht gesäten, papilliformen, dunkelvioletten Erhebungen eingenommen worden war. Nach vergeblicher sonstiger Therapie (einschließlich Röntgenstrahlen) wurde die affizierte Haut entfernt und durch Transplantationen ersetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Bläschen in den oberen Hautschichten; diese Bläschen sind mit einem Überzug von Epithel bedeckt und bestehen in Wirklichkeit aus neugebildeten, multiplen, minimalen Lymphangiomen, welche mit geronnener Lymphe und zerfallenen roten Blutkörperchen angefüllt sind.

Die Beziehungen zwischen chronischen, resp. rezidivierenden Hautkrankheiten und Abnormitäten am Herzen, von D. Walsh-London. In vielen Fällen von chronischer oder rezidivierender Dermatose (Psoriasis, Ekzem, Lichen, Dermatitis hiemalis, Erythem usw.) hat Verf. bei den Patienten teils Klappenfehler, teils Muskelveränderungen am Herzen konstatiert, und er weist darauf hin, daß man allen Grund hat, bei solchen intraktablen Hautaffektionen dem Zustand der Blutzirkulation eingehende Aufmerksamkeit zu schenken. Bei manchen Patienten ist der Zustand der Haut ein genauerer Indikator für eine eingetretene Verschlechterung in der Leistungsfähigkeit des Herzens als die anderen bekannten kardialen Symptome. Besondere Beachtung ist dem Zustand des Herzens zu schenken bei Einleitung einer depressorisch wirkenden Therapie, z. B. bei Syphilis.

Das systematische Studium der Nagelaffektionen, von G. N. Meachen-London. Wenn auch die Zahl der zu ärztlicher Behandlung gelangenden Fälle von Nagelleiden nur klein ist (M. hat seit 1906 unter 12293 Patienten nur 22 = 0,17 % gehabt), so verdient der Gegenstand schon aus praktischen Gründen sorgsame Beachtung. Verf. bespricht die Wirkungen von Trauma, Ekzem, Psosiasis, Syphilis, von Parasiten, trophischen Störungen und konstitutionellen Leiden als Schädlichkeiten für die Nägel. Er betont das ausgesprochene Obwalten der Symmetrie bei Nagelläsionen und das sukzessive Abnehmen in der Intensität der Erscheinungen in der Stufenleiter vom Daumen bis zum kleinen Finger hin.

Carcinoma sebaceum und dessen Beziehung zu Ulcus rodens, von L. Savatard-Manchester. Verf. beschreibt zwei Fälle von Karzinom des Gesichts, bei denen die Neubildung von Talgdrüsenzellen ausging. In dem einen Fall wurde dies durch Autopsie bestätigt, in dem anderen noch intra vitam. S. betont, daß das Ulcus rodens nicht von Talgdrüsenzellen, sondern von den Basalzellen der Haut ausgeht.

Fibrosarkombildung in leprösem Narbengewebe, von L. Savatard-Manchester. Ein 49jähriger Mann, der wegen Lupus erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt worden war, stellte sich neun Jahre später wieder vor mit einem geringen Rezidiv und einer aus dem derben Narbengewebe entspringenden Neubildung, die nach der Exstirpation als Spindelzellensarkom der Hauptsache nach nachgewiesen wurde.

Xanthoma multiplex, von W. C. Oram-Dublin. Die Affektion hat bei der 20jährigen Patientin seit zwei Jahren bestanden; sie wird jetzt mit Röntgenstrahlen behandelt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 19, Heft 9, September 1912.

Versuche zur Verschärfung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Franz Blumenthal-Berlin und Ludwig Hercz-Budapest. Die Ursache des wech-

Digitized by Google

selnden Ausfalles der Wassermann-Reaktion liegt neben der Verschiedenheit des Extraktes und der Komplemente und ihrer Wirkung aufeinander in der Eigentümlichkeit des Serums selbst. Die Vortäuschung einer negativen Reaktion wird begründet durch den übermäßig hohen Gehalt des Serums an hämolytischen Normalambozeptoren. Für die Praxis empfiehlt sich ein Arbeiten nach der Wechselmannschen Modifikation in denjenigen Fällen, in denen die Wassermannsche Reaktion negativ ausfällt. Auch ein Ausfallen des Normalhämolysins wird unter Umständen von Vorteil sein. Doch wird man stets daran denken müssen, daß wir bei einer Prise syphilitischer Seren nur dann einen positiven Ausfall erzielen können, wenn wir Modifikationen anwenden, die auch mit nichtsyphilitischen Seren positive Resultate ergaben.

Über das Wesen der sogenannten idiopathischen Erytheme, von Hans Gebert-Klausenburg. Leichte abgeschwächte septische Erkrankungen können Erytheme hervorrufen, bei denen das morphologische Bild abhängig ist von der Virulenz der Bakterien und davon, in welcher Schicht der Haut die Veränderungen sitzen. Zumeist handelt es sich um akute Entzündungen, welche, ohne weitere Veränderungen einzugehen, nach längerer oder kürzerer Zeit zurückgehen. Die Entzündung kann sehr kurzdauernd sein wie Urtikaria, oder es kann sich Eiterung und Nekrose anschließen. Die Veränderungen müssen als Metastasen angesehen werden, in welchen wir mitunter die Krankheitserreger nachweisen können. Es kann auch der Nachweis der Bakterien im Blute gelingen. In den meisten Fällen ist auch die Eintrittsstelle der Infektion nachzuweisen.

Zur Kenntnis der Salvarsandermatosen, von A. Brauer-Danzig. Eine Betrachtung der Exantheme in klinischer, genetischer und prognostischer Hinsicht läßt keinen Zweifel an ihrer Auffassung als echter toxischer Exantheme. Und zwar sind diese toxischen Exantheme durch den großen Arsengehalt des Präparates bedingt und daher als Arsenexantheme anzusehen. Es ist daher ratsam, erst dann wieder Salvarsan zu injizieren, bis das Exanthem vollständig geschwunden ist. Die Behandlung der schweren Exanthemformen geschieht am besten durch Kochsalzinfusionen, eventuell mit vorherigem Aderlaß, durch hohe Darmirrigationen, reichliche Flüssigkeitszufuhr und Exzitantien, sowie blande dermatotherapeutische Verfahren.

Bd. 19, Heft 10, Oktober 1912.

Über eine bisher nicht bekannte Nebenwirkung des Yohimbins, von Hübner-Marburg. Das längere Zeit hindurch eingenommene Yohimbin hat nach den Tierversuchen einen deletären Einfluß auf die Nieren ausgeübt; eine Verfettung der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen, starke Füllung der interkanalunären und periglomerulären Gefäße; stellenweise sind die Epithelien vergrößert und zeigen eine leichte Trübung des Protoplasmas. Die Nierenschädigung kann schon recht früh, eventuell schon vor dem Nachweis der Albuminurie, einsetzen. Die Verordnung von Yohimbin erfordert eine ständige Kontrolle des Urins.

Der Einfluß des Salvarsans auf die Nieren bei intravenösen Injektionen, von H. Schlasberg-Stockholm. Salvarsan verläßt wieder zum großen Teil den Körper mit dem Urin. Die Untersuchungen des Verfassers haben nun ergeben, daß das Salvarsan einen Reizungszustand in der Niere hervorruft, der sich klinisch in dem Stadium, wo die klinische Harnuntersuchung ein negatives Resultat zeigt, durch das Auftreten von Zylindern im Urin manifestiert. Allerdings ist der Reiz im Nierenparenchym nicht von schwererer Art, da man hauptsächlich nur hyaline Zylinder gefunden hat. Nur in ganz wenigen Fällen sind vereinzelte körnige Zylinder gefunden worden. Dieser Reizungszustand ist rasch vorübergehend. Um festzustellen, ob der Zylindrurie anatomische Veränderungen in den Nieren entsprechen, hat der Verfasser Salvarsaninjek-

Digitized by Google

tionen bei Kaninchen vorgenommen und festgestellt, daß eine einzelne intravenöse Salvarsaninjektion in einer Dosis von 0,02 g pro Kilo nicht imstande ist, weder klinische noch anatomische Veränderung der Nieren hervorzurufen. Wiederholte Injektionen rufen eine Störung hervor, klinisch durch das Auftreten von hyalinen und körnigen Zylindern, anatomisch außer einer Hyperämie, durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Degeneration in den Epithelkernen der gewundenen Harnkanäle. Weitere Dosen rufen eine Albuminurie hervor.

Versuche der Detätowierung, von S. Peller-Wien. Die eingeschlagenen Wege lassen sich in zwei Gruppen einteilen, das Pigment soll aus der Stelle, in der es sich befindet, weggeschafft werden, oder das Pigment bleibt liegen und wird nur unsichtbar gemacht. Der Verfasser gibt folgende Methode an: Nach sechs Fibrolysininjektionen zu 3 ccm sind entsprechend geformte, mit scharfen Rändern versehene Nadeln in die Haut zu stechen und in der Richtung der Tätowierungslinie zu führen, und zwar so, daß sie nicht über der Schicht des Pigments gleiten, sondern möglichst in dieser bleiben. So wird ein Kanal von $^1/_2$—2 cm Länge hergestellt, dann die Nadel herausgestochen, um eventuell, wenn die Tätowierungsfigur weiter zieht, wieder ein- und ausgeführt zu werden. Mit der Nadel wird ein in 50%iger Argentum nitricum-Lösung getränkter Faden durch die Stichkanäle geführt. Warme Umschläge. Nach zwei Tagen werden die Fäden entfernt. Es entsteht eine heftige lokale Entzündung, wobei der Farbstoff zum Teil gegen die Subkutis, wie bei jeder serösen Entzündung, zum Teil aber, und zwar hauptsächlich durch den vorgebildeten Stichkanal, nach außen transportiert werden kann.

W. Chrzelitzer-Posen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

August—September 1912.

1. Disseminierte vegetierende Dermatomykose, durch Mycoderma pulmoneum verursacht, von Balzer, Gougerot und Burnier. Ein 37jähriger Markthelfer hatte vor 10 Jahren ein Geschwür am Arme und am Beine gehabt, die unter lokaler Behandlung abheilten. Im Laufe der Zeit traten häufige Rezidive auf, die sich allmählich über den ganzen Körper verbreiteten. Im Anfange wurde Syphilis diagnostiziert und Jod und Hektine verabreicht, die die Affektion stets zur Heilung brachten. Die Einzelherde begannen mit einer akneförmigen Pustel, die sich vergrößerte, ulzerierte und mit Krusten bedeckte. Die Ulzeration schritt mit unregelmäßigen Rändern vorwärts, der Grund wurde granulierend; auf Druck entleerten sich aus ihm punktförmige Eitertropfen. Die Basis war derb infiltriert. Schließlich verwandelte sich das Geschwür in einen vegetierenden Herd, der die umgebende Haut befiel, die infiltriert und vegetierend wurde. Bei Abheilung resultierte eine platte, indurierte, rotviolette Narbe, die einige Höckerchen aufwies. Kulturell wurde stets derselbe Pilz nachgewiesen. Auf Glykose-Gelose bildeten sich runde, teils konfluierende, weiß-glänzende, wenig erhabene, von geraden Kämmen durchzogene Kolonien. In flüssigen Nährböden entstanden Schleier. Glykose-Gelatine wurde verflüssigt, gewöhnliche Gelatine nicht. Infizierte Tiere starben an Septikämie. Das Serum des Patienten agglutinierte $^1/_{100}$. Der Pilz wurde mit dem Mycoderma pulmoneum identifiziert. Die histologischen Veränderungen glichen denen der verrukösen Sporotrichose. Es fanden sich in der subpapillären Zone hauptsächlich folgende Läsionen: Infiltrat von Lymph- und Bindegewebszellen, tuberkuloide Bildungen und Abszesse aus Polynukleären.

2. Polymorphie bei einem Falle von Syphilis hereditaria tarda, von Henri Pied. Ein sonst gesundes Kind begann im 20. Monate, gleich nach der Entwöhnung, abzumagern und kachektisch zu werden; unter der Diagnose Tuberkulose wurden die

Digitized by Google

verschiedensten therapeutischen Maßnahmen versucht. Doch vergeblich, das Kind kam immer weiter herunter, Haare, Zähne und Nägel fielen aus, das Gesicht und die Unterextremitäten wiesen ein weißes, elastisches Ödem auf, der Intellekt wurde vermindert. Der nun konsultierte Verfasser verordnete zuerst Schilddrüsensubstanz (wegen eines nach der Geburt entstandenen Hämatoms des Kopfnickers) und dann Liquor von Swieten. Nach einer anfänglichen Besserung verschlechterte sich der Zustand, und es traten Erscheinungen vonseiten der Leber (Volumzunahme, Aszites), der Nieren (Albuminurie, Lidödeme) und der Nebennieren (Purpura, Tachykardie) auf; gleichzeitig entstand ein vesikopustulöses Exanthem und Leistendrüsenschwellung. Durch spezifische Behandlung wurden die Erscheinungen gebessert; doch entstand bald darauf ein Hydrozephalus, Parrotsche Lähmung der unteren Extremitäten und eine Erweiterung der Aorta. Auch diese Erscheinungen konnten durch antisyphilitische Behandlung zum Schwinden gebracht werden, und das Kind erholte sich zusehends. Doch starb es an Cholera infantum. Die Untersuchung des Vaters ergab tabische Symptome. Verfasser weist auf die verschiedenartigen Lokalisationen der Syphilis hin.

3. Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von W. Dubreuilh. Ein 5jähriges Mädchen leidet seit dem 3. Lebensmonate an generalisierten Schüben von stecknadelkopfgroßen, juckenden Knötchen, die hauptsächlich nachts auftreten. Diese Knötchen sind von roten, dann braunen Flecken gefolgt. Die Eruptionen sind im Frühjahre heftiger. Bei der Vorstellung im Krankenhause war fast der ganze Körper von braunen, konfluierenden, teils etwas erhabenen Flecken bedeckt. Histologisch war die Epidermis normal, die Basalzellen stark pigmentreich, die Grenze zur Kutis mehr buchtig. In der Kutis fand sich ein hochgradiges, an die Kapillaren gebundenes Infiltrat, das hauptsächlich aus Mastzellen bestand.

4. Ikterus blennorrhoicus oder Ikterus bei einem Blennorrhoiker, von Boularau. Bei einem 26jährigen Patienten entstand 2 Wochen nach Beginn eines Trippers Ikterus.

Richard Frühwald-Leipzig.

Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.

Bd. 2, Nr. 4, 15. Oktober 1912.

1. Kritik der experimentellen Polyurie, von F. Legueu und de Berne Lagarde. Die Untersuchungsmethode der experimentellen Polyurie basiert auf der Erfahrung, daß eine erkrankte Niere auf erhöhte Flüssigkeitszufuhr weniger mit erhöhter Ausscheidung reagiert als eine gesunde. Wenn man daher durch zwei Stunden Ureterenkatheter einlegt, nach der ersten halben Stunde eine größere Menge Wassers zu trinken gibt und jede halbe Stunde die von den Nieren ausgeschiedenen Mengen kontrolliert, wird man bei Erkrankung einer Niere Differenzen finden. Die Verfasser zeigen aber an einigen Beispielen, daß die Ausscheidung von Flüssigkeit nicht allein von der Funktion der Nieren, sondern auch von dem Zustande des Magens, der Zirkulation, des Nervensystems usw. abhängt. Es können also die verschiedensten Ursachen, wie Magenatonie, Herzschwäche usw. die glatte Passage des Wassers durch den Organismus hindern und dadurch eine Nierenerkrankung vortäuschen. Auch die liegende oder aufrechte Stellung des Patienten ruft Änderungen in der Ausscheidung hervor. Man kann daher bei positivem Ausfall der experimentellen Polyurie auf intakte Nieren schließen. Im entgegengesetzten Falle darf man aus diesem Befunde allein nicht die Niere für krank erklären.

2. Chirurgische Behandlung der Nierensteine, von Alf. Pousson. (Fortsetzung aus Heft 2.) Man unterscheidet septische und aseptische Lithiasis; dem-

Digitized by Google

entsprechend ist das operative Vorgehen einzurichten. Anführung zahlreicher Beispiele. Muß im Originale nachgelesen werden.

3. Gibt es einen vesikalen Prostatismus, Prostatiker ohne Prostata? von G. Marion. Verfasser unterzieht die Frage des vesikalen Prostatismus einer eingehenden Kritik und findet, daß mit dieser Diagnose viel Mißbrauch getrieben wurde. Denn bei genauer Untersuchung findet man häufig doch einen anderen Grund für die Blasenbeschwerden. Einerseits können diese durch Erkrankung des Nervensystems verursacht sein; oder die Prostata kann doch verändert sein, ohne daß dies durch die rektale Untersuchung oder die Sondierung nachweisbar wäre. Minimale Vergrößerungen, ein medianer Lappen, intravesikale Hypertrophien können schwere Blasenerscheinungen hervorrufen und doch sich der Untersuchung entziehen. Schließlich kann es sich auch um Läsionen der Blase oder der Urethra handeln. So sah Verfasser einen Mann mit einem Papillom der Urethra. Er schließt, daß man die Diagnose „vesikaler Prostatismus" erst stellen darf, wenn man den Kranken minutiös untersucht hat und bei negativem Untersuchungsergebnisse operativ eingegangen ist. Denn bei der suprapubischen Zystostomie können noch Veränderungen, die der Untersuchung entgangen waren, bemerkt und behandelt werden. Findet sich trotzdem nichts, wirkt die Ausschaltung des Blasenhalses kurativ.

4. Dauer der nicht operierten Nierentuberkulose, von Rafin-Lyon. Statistik über 168 Fälle intern behandelter Nierentuberkulose. Die Krankheit erscheint sehr ernst und führt etwa in 4—5 Jahren zum Tode; Männer fallen ihr etwas früher zum Opfer als Frauen. 96 % der Kranken sterben an der Tuberkulose, die manchmal auch andere Organe ergreift.

5. Radiographische Indikationen für die Pyeolotomie, von Arcelin und Rafin-Lyon. Wenn die Röntgenuntersuchung einen großen, vielverzweigten Nierenstein ergibt, so soll man nicht zur Pyeolotomie, sondern zur Nephrotomie schreiten. Denn mittels dieser kann man die Steine im ganzen oder in großen Stücken extrahieren und dann durch Vergleich mit dem Röntgenbilde kontrollieren, ob der ganze Stein entfernt ist. Die Pyeolotomie dagegen nötigt, die Steine zu zerbrechen; deshalb soll sie nur bei runden oder wenig verzweigten Steinen angewendet werden.

6. Pseudoheilung der Nierentuberkulose durch das konservative Verfahren, von Maurice Heitz-Boyer. An der Hand von zwei Fällen zeigt der Verfasser, daß bei konservativ behandelter, einseitiger Nierentuberkulose, die anscheinend geheilt war, schwere Schädigungen der anderen Niere auftreten können, die eventuell zum Tode führen. Man muß daher bei konservativ behandelten Nierentuberkulösen sehr vorsichtig mit der Diagnose „Heilung" sein.

7. Schwere Hämaturie mit Niereninfarkten, von G. Marion. Eine 61jährige Frau kam zur Behandlung, da sie seit neun Monaten an Hämaturie und Schmerzanfällen in der rechten Seite litt. Die Untersuchung ergab normale Funktion der linken Niere, keine Funktion der blutenden rechten. Unter der Diagnose „Neoplasma" wurde operiert, doch fand sich eine kleine, von einer starken Perinephritis umgebene Wanderniere, die exstirpiert wurde. Die histologische Untersuchung ergab eine sklerosierende Nephritis und zahlreiche Infarkte durch intratubuläre Blutungen, die zu Nekrose geführt hatten.

8. Nephritis traumatica, von Maurice Heitz-Boyer. Ein Mann war bei einem Autobusunfalle nach vorne gegen das Geländer und dann nach rückwärts geschleudert worden. Er bekam heftige Schmerzanfälle, blutigen Urin und Stuhl. Nach einigen Wochen besserte sich der Zustand, doch blieb der Urin eiweißhaltig. Bei zweimaliger vollständiger Funktionsprüfung (Ureterenkatheterismus, experimentelle Polyurie, Harnstoffbestimmung) ergab sich beiderseitige Nephritis, die durch das Trauma verursacht

Digitized by Google

war. Verfasser weist auf die Notwendigkeit einer vollständigen und einwandsfreien funktionellen Nierenuntersuchung hin.

9. Täuschung bei der Abschätzung der Größe des Nierenbeckens durch den Ureterenkatheterismus, von CASPARI-Lausanne. An der Hand von zwei Beobachtungen zeigt der Verfasser, daß bei Nierentuberkulose große Kavernen vorkommen können, die mit dem Nierenbecken kommunizieren; wird dieses mit Flüssigkeit gefüllt, so füllen sich auch die Kavernen und täuschen so eine Dilatation des Beckens vor.

Richard Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Mai 1912.

1. Urethroplastik durch Venentransplantation, von J. TANTON. Verfasser bespricht zuerst die in der Literatur vorhandenen Fälle; auf Grund dieser und der eigenen Erfahrungen glaubt er die Frage, ob das transplantierte Venenstück einheile, bejahen zu können. Allerdings ist peinlichste Asepsis erforderlich, da das Stück sonst nekrotisch wird. Histologisch sieht man, daß das Venenendothel zugrunde geht und durch Epithel ersetzt wird. Sehr oft bleiben nach diesen Plastiken Fisteln zurück und zwar sowohl wenn es sich um Operationen in krankhaft verändertem Gewebe handelt (blennorrhoische Strikturen usw.) oder wenn angeborene Zustände (Epispadie, Hypospadie) die Plastik bedingen. Manchmal können diese Fisteln spontan heilen; dennoch ist zu ihrer Vermeidung die Operationstechnik zu verbessern. Deswegen muß vor allem der Urin durch eine perineale oder Blasenfistel abgeleitet werden; erst nach mehreren Monaten, wenn die Gewebe normal und reaktionslos geworden sind, soll die Bildung der neuen Urethra oder die Vereinigung mit der transplantierten Vene erfolgen. Die Kranken müssen aber noch lange mit Bougierungen nachbehandelt werden, da sich sonst die Urethra verengert. Transplantationen von Venen sollen nur bei Erwachsenen gemacht werden, da das transplantierte Stück ev. nicht mitwächst und dadurch eine Krümmung des Gliedes entsteht.

2. Kongenitale Strikturen der Urethra, von E. LOUMEAU-Bordeaux. Die angeborenen Verengerungen der Harnröhre sind häufiger als man früher glaubte. Sie kommen dadurch zustande, daß sich die Urethra beim Manne in drei Teilen entwickelt und zwar die Urethra posterior (Urethra prostatica, membranacea und bulbosa), die sich durch Verschluß der Kloake entwickelt, dann die Urethra spongiosa und glandularis, welche beide aus einer Rinne entstehen. Kommt es dabei zu einer mangelhaften Rückbildung der Scheidewände oder des Zentrums der ursprünglich soliden Anlagen, so resultieren die verschiedensten Formen von Strikturen. Sie äußern sich durch verschiedene Symptome: Dysurie seit der Geburt, Enuresis nocturna, plötzliche Harnretention im Kindesalter usw. Auch können sich Störungen der Ejakulation hinzugesellen. Oft sind die Strikturen von anderweitigen Mißbildungen, wie Verwachsung der Eichel und Vorhaut, Phimose, Atrophie des Penis oder bloß des Bulbus begleitet. Der Syphilis fällt keine ätiologische Rolle zu. Verfasser bringt sieben eigene Beobachtungen.

3. Behandlung der rebellischen Zystoureteritis, von N. A. MIKHAILOFF-St. Petersburg. Verfasser fand bei der Zystoskopie von rebellischen Zystitiden die Ureteröffnungen ödematös, geschwollen, vergrößert. Bei der Sondierung zeigte sich ein Hindernis im Anfangsteile der Ureter. Diese Befunde brachten den Verfasser auf den Gedanken, daß es sich bei den hartnäckigen Zystitiden nicht bloß um eine Erkrankung der Blasenwand, sondern auch des intramuralen Teiles der Ureteren handle. Deshalb instillierte er mit dem Ureterenkatheter $^1/_{10}$—$^1/_4$ % Arg. nitricum. Nach 2—3 Instilla-

Digitized by Google

tionen trat völlige Heilung ein. Verfasser ermahnt. bei hartnäckigen Blasenentzündungen stets auch die Ureteren zu untersuchen.

4. Arthritis cubiti und Ureteropyelitis blennorrhoica mit Antimeningokokkenserum behandelt, von L. Stromінger-Bukarest. Im ersten Falle hat Verfasser 3 Injektionen a 10 ccm, im zweiten 3 a 20 ccm gemacht und ausgezeichnete Resultate erzielt.

5. Hintere Urethroskopie, von M. Palazzoli. Nach einem historischen Überblicke und der Beschreibung der verschiedenen Instrumente bespricht Verfasser die urethroskopischen Bilder der hinteren Harnröhre. Der Artikel wird fortgesetzt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Das Röntgenverfahren in der Chirurgie, von Alban Köhler. (Berlin 1911, Hermann Meußer.) Das Buch bildet den ersten Band der „Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken" herausgegeben von Heinz Bauer. Es bespricht mit 55 Figuren auf 4 Tafeln und 17 Figuren im Text in anschaulicher Weise die chirurgische Diagnostik. Die den Dermatologen interessierende Therapie ist in einem kurzen Überblicke am Schluß enthalten. Haas-Hamburg.

Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte, von J. Hastreiter-Straßburg. (München 1912, Ernst Reinhardt.) Man kann verschiedener Ansicht darüber sein, wie weit eine Aufklärung der heranwachsenden Jugend in sexuellen Fragen, speziell Geschlechtskrankheiten, von Nutzen ist, und ob nicht die Furcht zu Recht besteht, durch zu weit getriebene Detaillierung der Gefahren des Geschlechtsverkehrs Neurastheniker zu züchten. Selbst wer von diesem letzten Gesichtspunkt aus sich nicht voll und ganz mit den teilweise sehr weit ausgesponnenen Ausführungen des Verfassers einverstanden erklärt, wird demselben doch Dank wissen, daß er aus seinen langjährigen praktischen Erfahrungen so reiches Material zur Belehrung liefert und dabei, dank seiner, mit kritischem Auge gesammelten Beobachtungen über die Sexual-Psychologie des Jünglingsalters, auf der einen Seite vor zu leichtfertiger Auffassung und zu geringer Bewertung entstandener Schädigungen und andererseits vor Überschätzung und Überängstlichkeit warnt, immer wieder betonend, daß bei rechtzeitiger sachgemäßer Behandlung fast stets Heilung zu erreichen sei.

Vielleicht dürfte das Buch in den Händen von Eltern und Lehrern von noch höherem Werte sein, als in denen der heranwachsenden Jugend; in jedem Falle aber verdient es weitgehende Berücksichtigung und kann dringend zur Weiterverbreitung empfohlen werden, ganz besonders wegen der Energie, mit der Hastreiter Front macht gegen das Kurpfuschertum und immer von neuem den Lesern die Gefahren unzweckmäßiger oder verspäteter Behandlung vor Augen führt. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Die Trichophytien und verwandte Pilzerkrankungen der Haut, von Bruno Bloch-Basel. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 1.) Der Vortrag enthält einen Bericht über das Wichtigste aus den Resultaten der modernen Dermatomykoseforschung. Während

Digitized by Google

man früher nur Favus und Trichophytie unterschied, gebührt Sabouraud vor allem das Verdienst, durch Differenzierung der einzelnen Krankheitstypen und Pilzstämme Ordnung und Klarheit geschaffen zu haben. Was den Favus angeht, so wird die überwiegende Zahl von echtem Kopffavus durch das Achorion Schoenleinii erzeugt. Daneben existiert noch ein Favus, der nur die Lanugohaare des Gesichtes, des Mundes und der Extremitäten befällt. Für dieses Krankheitsbild ist die Kombination von Trichophytie und favusartigen Gebilden charakteristisch. Der Erreger ist das Achorion Quinckeanum, das sich vom echten Favuspilz wesentlich unterscheidet. Weitere Erreger sind das Achorion gypseum, von Bodin beschrieben, und des A. violaceum, vom Verfasser entdeckt.

Unter der früheren sogenannten Trichophytie sind mindestens zwei grundverschiedene Krankheitsgruppen zu unterscheiden, die Mikrosporie und die Trichophytie im engeren Sinne. Erstere wird hervorgerufen durch das Mikrosporon. Man unterscheidet einen Menschtypus und einen Tiertypus. Ersterer wird repräsentiert durch das Mikrosporon Audouini. Es ist die Ursache der weitaus kontagiösesten Form der Dermatomykose. Sie befällt fast ausschließlich Kinder vor der Pubertät am behaarten Kopf. Der Tiertypus umfaßt mehrere Mikrosporonarten, die gelegentlich auch auf den Menschen übertragen werden. Die wichtigste Art ist das Mikrosporon lanosum seu canis. Bei der Trichophytie ist ebenfalls ein Mensch- und ein Tiertyp zu unterscheiden. Die vom Tier auf den Menschen übertragenen Pilzstämme rufen im allgemeinen eine viel stärkere reaktive Erscheinung hervor. Der häufigste Pilz aus der Gruppe des Tiertypus ist das Trichophyton gypseum. Bei dem Tiertypus ist eine größere epidemische Ausbreitung nicht zu befürchten. Anders bei den Menschentrichophyten. Was die Therapie angeht, so kommt man bei den oberflächlichen Formen der unbehaarten Haut mit antiparasitären Mitteln aus, während bei den tiefen Formen und den Erkrankungen der behaarten Haut die Röntgenstrahlen vorzügliche Dienste leisten.

Auf eine weitere Pilzkrankheit haben in neuerer Zeit de Beurmann und Gougerot hingewiesen; es ist die Sporotrichosis. Sie befällt nicht nur die Haut, sondern eine Reihe von anderen Organen kann dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden, so daß das Allgemeinbefinden sehr beeinträchtigt wird. Der Pilz läßt sich aus allen Krankheitsherden leicht züchten. Das Serum der Kranken agglutiniert die Sporen der Reinkulturen, mit dem Extrakte der Kulturen läßt sich, ganz analog wie bei der Tuberkulose, eine diagnostisch sicher verwertbare Reaktion bei den Kranken erzielen. Das Krankheitsbild ist sehr vielgestaltig und kann bald einem tuberkuloiden, bald einem syphiloiden, bald einem korroiden Prozeß täuschend ähnlich sehen. Die Krankheitssymptome schwinden prompt auf große Dosen von Jodkalium.

Die Verbreitung der Sporotrichose geschieht hauptsächlich durch Vegetabilien. Das Sporotrichon gelangt in den Körper entweder durch eine Verletzung der äußeren Haut oder mit der Nahrung durch den Verdauungstraktus. Außer der Sporotrichose wurden in den letzten Jahren noch andere Hautmykosen entdeckt, die jedoch keine größere praktische Bedeutung haben. Besonders erwähnt wird nur noch die Kladiose, die bis jetzt vom Verfasser an einem Falle beobachtet wurde. Sie wird hervorgerufen durch das Mastigocladium. Die Krankheit präsentiert sich in ulzero-papillären, zum Teil hyperkeratotischen Herden an beiden Händen, die mit Lymphangitis einhergehen.

Zum Schlusse kommt Verfasser noch auf einige biologische Probleme zu sprechen. Die bei manchen Krankheitsformen auftretenden Entzündungserscheinungen stellen eine spezifische Reaktion des Organismus dar, die die Heilung befördert, und sind die biologischen Hauptunterscheidungsmerkmale zwischen den Tiertypen von Favus, Trichophytie und Mikrosporie und den entsprechenden Menschentypen.

Digitized by Google

Erstere Formen reagieren auch auf Trichophytie in ähnlicher Weise wie tuberkulöse Erkrankungen auf Tuberkulin. Diese Empfindlichkeit gegenüber dem Trichophytin erlischt nicht mit dem Ablauf der Krankheit, sondern bleibt Jahre hindurch bestehen. Man könnte in analoger Weise den Schluß ziehen, daß die Tuberkulinreaktionen nicht mehr als Beweis einer vorhandenen, sondern nur einer überstandenen Tuberkuloseinfektion anzusehen sind. Die Trichophytie hinterläßt nur dort Immunität, wo Überempfindlichkeit gegen Trichophytie besteht. Reibt man in einem solchen Falle lebende Pilze in die Haut, so kommt es wohl zu einer entzündlichen Reaktion, aber nicht zur Infektion. Dies läßt sich am Tierversuch nachweisen.

Dem Verfasser ist es gelungen, eine Anzahl von Trichophytien durch Anwendung von Trichophytin zur Ausheilung zu bringen.

Diskussion. Jadassohn-Bern: Berichtet von einzelnen Fällen von Mikrosporie in der Schweiz, von denen eine en- und epidemische Ausbreitung nicht ausgegangen ist. Eine Endemie im Waisenhaus in Tafers, wo ca. 35 Kinder erkrankten, erlosch ziemlich schnell. Die Krankheiten heilten fast alle ab, obwohl die Röntgenbehandlung jedenfalls unzureichend war. Jadassohn wirft die Frage auf, ob es sich vielleicht um eine weniger starke Disposition der Kinderköpfe dortselbst handelt.

Was die Sporotrichose angeht, so glaubt er, daß die Krankheit in Paris häufiger vorkomme als an anderen Orten. Hinsichtlich der Trichophytinreaktion hält J. die Intradermoreaktion für die zuverlässigste. Der Gegensatz zwischen dieser und oberflächlicher Trichophytie in bezug auf die Überempfindlichkeitsreaktionen ist nur ein gradueller, kein prinzipieller. Die Hauptgrundsätze Blochs — allgemeine Überempfindlichkeit nach lokaler tiefergreifender Erkrankung und Beziehung der Überempfindlichkeit zur Heilung — sind anzuerkennen. J. konnte mehrmals beobachten, daß in der Abheilungsperiode von Kerion Celsi am Rumpfe in Gruppen und zerstreut stehende kleine blaßrote follikuläre Knötchen auftraten, und nimmt an, daß es sich bei ihnen um eine mit den Kerion zusammenhängende Affektion handelt. Er konnte ganz ähnliche lichenoide Knötchen bei der Einreibung von Trichophytenpilzen in die Haut von an Kerion Celsi leidenden Kindern entstehen sehen. J. führt diese lichenoiden Eruptionen bei Trichophytia profunda auf exogene Autoinokulationen zurück und ihre Eigenart auf eine Überempfindlichkeitsreaktion bei noch nicht vollständig eingetretener Immunität. Dadurch wird ähnlich wie beim Lichen scrofulosorum auch die Schwierigkeit des Heilsnachweises zu erklären sein.

Richard Zollikofer-St. Gallen: Hinsichtlich der Prophylaxe und Therapie ist es von Wichtigkeit, beim Beginne einer Epidemie sich Klarheit zu verschaffen, mit welchem der beiden Typen, Menschen- oder Tiertypus, man es zu tun hat.

Hermann Müller: Bei Patienten aus der Stadt sind fast ausnahmslos Mäuse oder Katzen die Vermittler der Trichophytie, während die Patienten vom Lande durch Rinder oder Pferde infiziert werden. Die Trichophytien, welche von Rindern oder Pferden stammen, zeichnen sich durch ungewöhnliche Üppigkeit der Entzündung aus. Müller glaubt, daß es kaum gelingt, die beiden Krankheiten, Favus und Trichophytie, durch die mikroskopische Untersuchung und das Kulturverfahren genauer zu differenzieren als durch die klinische Beobachtung, da regionäre anatomische und individuelle Eigentümlichkeiten in hohem Grade das Wachstum und die Virulenz der Fadenpilze beeinflussen. Albert Kunst-Dresden.

Augensporotrichose, von F. de Lapersonne. (Presse méd., 1912, Nr. 9.) Der Verfasser konnte in der Augenklinik des Spitals Hotel-Dieu in Paris in letzter Zeit zwei Fälle von Augensporotrichose beobachten. Der erste Fall betraf eine 48jährige Frau mit multiplen Hautabszessen und Iritis des rechten Auges. Kulturell wurde Sporo-

Digitized by Google

trichose festgestellt, welche sich rasch auf Jodkalium besserte. Trotzdem ging des weiteren, da die Patientin sich nicht mehr zur Behandlung einstellte, das Auge verloren. Im zweiten Fall handelte es sich um eine 64jährige Frau. Die Augensporotrichose manifestierte sich als eine Iridozyklitis mit multiplen Gummata der Iris, welche zu Perforation des Augapfels führte. Die Kultur ergab ein positives Ergebnis. Diese intraokuläre Sporotrichose konnte sogar experimentell erzeugt werden. Einer 2jährigen Hündin wurde eine Reinkultur von Sporotrichose in die Karotis injiziert. 21 Tage danach erschienen, nachdem schon vorher Knötchen an der linken Nase und der linken Kopfhälfte aufgetreten waren, zwei Gummata auf der Vorderseite der Iris mit diffuser Infiltration des unteren Kornealsegments, welch letztere den Aspekt einer Keratitis interstitialis ohne Vaskularisation annahm. A. Gunsett-Straßburg.

Über Trichorrhexis nodosa, von Hübner und E. Walter-Marburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Verfasser hatten Gelegenheit, ein gewissermaßen in Form einer kleinen Epidemie auftretendes Vorkommen dieser Abnormität bei den Schulkindern des Thüringischen Städtchens Steinbach-Hallenberg zu beobachten. Unter ungefähr 1000 Kindern waren rund 30 % affiziert. Aber trotzdem in allen Klassen der Schule, mit einer einzigen Ausnahme, Knaben und Mädchen gemeinsam unterrichtet wurden, waren ausschließlich diese befallen. Verfasser suchen die Ursache der Affektion demgemäß in einer unzweckmäßigen Behandlung der Haare etwa durch Waschen mit scharfer Seife und allzustraffes Flechten der Zöpfe, sowie in einer allgemeinen Herabsetzung der Vitalität. Es handelte sich fast immer um anämische und weniger gut genährte Individuen, und in Übereinstimmung damit verminderte sich die Zahl der Fälle im Laufe des Sommers gegenüber der im März konstatierten Anfangsziffer ohne besondere Behandlung ganz auffallend. Die eingehenden bakteriologischen Untersuchungen, welche in ihren Einzelheiten auch dargelegt sind, lieferten dagegen ein entschieden negatives Resultat. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Bericht über eine Nachforschung über das Obwalten von Syphilis bei den Eingeborenen in Südafrika und die dadurch bedingte Begünstigung der Verbreitung der Tuberkulose, von B. G. Brock-Germiston (Lancet, 11. Mai 1912). Nach den hier mitgeteilten Erhebungen ist (wie man ja auch sonst schon festgestellt hat) die Syphilis bei den Eingeborenen Südafrikas, Zulus, Basutos usw., ganz enorm verbreitet, wenn auch die klinischen Erscheinungen relativ sehr gelinde sind. Verf. untersuchte eine Serie von 7660 Eingeborenen auf das Vorhandensein von vergrößerten epitrochlearen Lymphdrüsen als Zeichen einer mehr oder weniger überstandenen Infektion und fand bei 68,5 % ein positives Ergebnis. Auf eine einwandfreie Beweisführung für die Richtigkeit dieser die Erwartung noch übertreffenden Zahlenverhältnisse geht Verf. nicht weiter ein, da es ihm bei seiner Arbeit mehr darum zu tun war, zu zeigen, daß die Syphilis bei einer großen Zahl von Kranken zur fibrösen Induration an der Lunge und zur Entstehung von phthisischen Vorgängen Anlaß gibt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Infektiosität des Blutes Syphilitischer, von Richard Frühwald-Leipzig. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Angeregt durch die Arbeiten von Spengler hat Verf. über die Frage der Infektiosität des syphilitischen Blutes Nachprüfungen vorgenommen, indem er mehreren Kaninchen Blut von Kranken mit florider Syphilis unter die Haut der Ohren injizierte, und zwar sowohl gesunden Kaninchen wie bereits syphilitischen, um eine eventuelle bessere Haftung bei diesen konstatieren

Digitized by Google

zu können. Dabei erhielt er stets eine Entzündung und Nekrose, durch die der Ohrknorpel bloßgelegt wurde. Diese Veränderungen entsprechend offenbar dem von SPENGLER beschriebenen Tierschanker. Zweimal entstanden Knoten, die eine breiige Masse oder eine gelbliche oder rötliche Flüssigkeit enthielten (entsprechend den gummiähnlichen Geschwülsten SPENGLERS). Spirochaetae pallidae konnten nie nachgewiesen werden. Die gleichen nekrotischen Veränderungen am Kaninchenohre ließen sich erzielen durch Blut Nichtsyphilitischer. Die Veränderungen sind darum als nicht spezifisch zu betrachten.

W. Lehmann-Stettin.

Cholestearingehalt des Blutserums Syphilitischer, von GAUCHER-Paris und DESMOULIÈRE. (Bull. méd., 1912, S. 697.) Cholestearin scheint bei der WASSERMANNschen Reaktion einen gewissen Wert als Antigen zu haben; es existiert eben kein Parallelismus zwischen Cholestearingehalt des Blutes und dem Ausfall der Reaktion. Über den Cholestearingehalt während des ersten Jahres der Syphilis kann noch nichts Sicheres ausgesagt werden; von drei Jahren post infectionem ab scheint aber Hypercholestearinämie die Regel zu sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage des tertiären syphilitischen Fiebers, von SCHATTENSTEIN. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 30.) Ein 36jähriger Mann, welcher vor zwei Jahren einen Schanker mit nachfolgender, sehr schwach ausgeprägter Roseola gehabt hatte, erkrankte an abendlichen Temperatursteigerungen bis auf 38,5°. Lange Zeit blieb das Leiden unerkannt, bis schließlich unter einer spezifischen Kur dasselbe wie mit einem Schlage schwand. Da sich objektiv bei dem Kranken eine geringe Vergrößerung der Leber nachweisen ließ, faßt Verfasser den Fall als tertiär syphilitisches Fieber infolge Hepatitis syphilitica auf.

Arth. Jordan-Moskau.

Die verspätet ausbrechende Syphilis, von H. GOUGEROT. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 21.) Der Verfasser beobachtete zwei Fälle, bei denen der Ausbruch der Roseola und der Sekundärsymptome sehr spät erfolgte. In einem Fall traten 160 Tage nach vollständiger Abheilung des Schankers (NB. intensive Quecksilberbehandlung hatte stattgefunden!) Roseola, Haarausfall und Schleimhautpapeln auf. In einem anderen Fall erschien 152 Tage nach Auftreten des Schankers bei ununterbrochener Quecksilberbehandlung eine neue Enduration der Sklerose, auf welche nach weiteren 17 Tagen Roseola und Schleimhautpapeln folgten. In Anbetracht dieser Möglichkeit muß man bei der Beurteilung der sogenannten Reinfektionen äußerst vorsichtig sein. Wahrscheinlich sind die meisten Fälle von Reinfektion bei rezenter Syphilis, wie sie besonders seit der Salvarsanperiode gehäuft publiziert werden, auf diese Weise zu erklären.

A. Gunsett-Straßburg.

Klinisch experimenteller Beitrag zum Studium der Immunität bei der Spätsyphilis unter spezieller Beachtung der provokatorischen Wirkung des Traumas in der Latenzperiode, von CARLO VIGNOLO-LUTATI. (Morgagni, 1912, Nr. 4.) Bei einer 40jährigen Frau entwickelten sich nach einem Trauma umfangreiche gummöse Ulzerationen am Unterschenkel. Die WASSERMANNsche Reaktion war positiv. Vor 20 Jahren hatte sie Lues akquiriert, die aber ganz leicht verlief und außer zwei Aborten keine Symptome machte, trotzdem sich die Patientin nur ganz unregelmäßig während $1^1/_2$ Jahren mit Inunktionen behandelt hatte. Bevor der Verfasser die Frau einer antisyphilitischen Kur unterzog, wollte er die FINGER-LANDSTEINERschen Impfversuche an der Patientin wiederholen. Durch eine kleine Inzisionswunde am linken Arme brachte er in die Kutis ein Stückchen eines einem 21jährigen Mädchen exzidierten Primäraffektes. Zwei Tage früher hatte er mit dem spirochätenreichen Serum desselben Primäraffektes ein Kaninchen an der Skrotalhaut geimpft. Bei der Frau entwickelte sich an der Impfstelle nach 24 Tagen ein typisches Gumma, das wenige Tage später ulzerierte und genau den Bein-

Digitized by Google

läsionen der Patientin entsprach. Spirochäten konnten darin nicht nachgewiesen werden, und die Achseldrüsen zeigten keine Vergrößerung. Eine Kalomelkur brachte sowohl das experimentelle Gumma als die Beinläsionen zum Schwinden. Bei dem Kaninchen entwickelte sich ein spirochätenreiches Initialsyphilom. A. Gunsett-Straßburg.

Spätfolgen der Syphilis, von Henry C. Drury. (Dublin Journ., Juli 1912.) Der Umstand, daß bei manchen Ärzten gewisse späte Erscheinungen der Syphilis, wie Tabes, in ihrem ätiologischen Zusammenhange nicht bekannt sind, veranlaßte den Verfasser, eine kurze Übersicht über dieses Thema zu geben. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Das Gesetz des Alternierens bei der Schwangerschaft Syphilitischer, von Jean Poujol. (Bull. méd., 1912, S. 489.) Der Verfasser setzt die schon früher publizierte Krankengeschichte einer syphilitischen Frau fort, bei der er neun Entbindungen beobachten konnte. Jedesmal wenn die Frau während der Schwangerschaft sich einer ordentlichen spezifischen Kur unterzog, gebar sie ein gesundes Kind. Nur einmal auch ohne gleichzeitige Behandlung; doch waren zwei energische Kuren der Gravidität vorausgegangen. Sonst abortierte die Frau oder gebar tote oder dystrophische, syphilitische Kinder. Verfasser weist auf die Wichtigkeit der Behandlung während der Gravidität hin. Richard Frühwald-Leipzig.

Über einige Fälle von latenter Syphilis bei Frauen im Puerperium, von Calderini. (Soc. Emil. e Marchig. di Ostetr. e Ginec., 14. April 1912.) Die Wassermannsche Reaktion, ausgeführt im Blute der Mutter, gab in einem mitgeteilten Fall bei Hydrozephalus des Kindes und Hydramnios ein negatives Resultat. Weder Vater noch Mutter noch Kind hatten irgend welche klinischen Zeichen der Syphilis. In zwei Fällen von luetischem Kind und in drei Fällen von Abort war das Blut der Mütter positiv, obwohl sie keine Erscheinungen von Lues hatten. Bei den Föten, deren Mütter eine positive Wassermannsche Reaktion aufwiesen, fanden sich Spirochäten. In einem Falle fanden sich letztere in den Lebern von zwei Zwillingen. A. Gunsett-Straßburg.

Die allgemeine Prognose der Syphilis, von A. Bayet. (Soc. roy. scienc. méd. et nat. Bruxelles, 4. Dez. 1911.) Verfasser weist besonders auf die in prognostischer Hinsicht wichtige Rolle der Serodiagnose der Syphilis hin. Sonst zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Heredosyphilis: Multiple spinae ventosae syphilitischen Ursprungs, von E. Alvarez Sainz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 11.) Kasuistischer Beitrag. Die Wassermannsche Reaktion war sowohl beim Vater als bei der Mutter als bei dem 22 Monate alten Kinde positiv. Sonstige klinische Symptome der Syphilis waren bei keinem nachweisbar. Das Kind erhielt 0,02, 0,04 und 0,05 einer 15%igen Salvarsanlösung in achttägigen Intervallen, dazu noch Quecksilbereinreibungen, worauf eine bedeutende Besserung der an den Phalangen und am Metakarpus sitzenden Spinae ventosae erfolgte. A. Gunsett-Straßburg.

Narben bei latonter Lues hereditaria, von Artur Goldreich-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Als wichtiges Stigma der latenten Lues hereditaria werden die Narben an den Lippen und deren Umgebung oftmals übersehen. Diese oft feinen, radiären Narben verwischen zuweilen die Grenze zwischen Haut und Lippenrot vollkommen. Schourp-Danzig.

Mitralstenose und Erbsyphilis, von A. Chauffard. (Bull. méd., 1912, S. 429.) Bericht über eine 24jährige Kranke mit Mitralstenose, die deutliche Zeichen der Erbsyphilis, Dystrophien sowie positiven Wassermann hatte. Ch. glaubt sicher, daß die Syphilis für den Herzfehler ätiologisch in Betracht kommt. Da die Kranke stets floride Erscheinungen bekommen kann, ist eine spezifische Behandlung angezeigt. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die Gefahren der Erbsyphilis in der zweiten Generation, von E. Fournier. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 3.) Fournier zeigt an der Hand praktischer Beispiele, daß die Erbsyphilis in zweiter Generation tatsächlich existiert. Sie hat eine Mortalität von etwa $^2/_5$ und äußert sich in $^4/_5$ der Fälle durch dystrophische Zeichen ähnlich wie bei der Erbsyphilis der ersten Generation. Nur selten, etwa in 14%, äußert sie sich mit floriden Syptomen. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige wichtige Punkte aus der Geschichte des Syphiliserregers, von J. B. Stein-New York. (Med. Record, 13. April 1912.) Histologische Skizze mit zahlreichen Abbildungen der in der Geschichte der Syphilis bekannt gewordenen Forscher von Ricord bis zu Ehrlich und Hata. W. Lehmann-Stettin.

Die experimentelle Syphilisforschung mit besonderem Bezug auf die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum), von Hideyo Noguchi-New York. (Journ. amer. med. assoc., 20. April 1912.) Nach einem Überblick über die Geschichte der Entdeckung und über das Wesen der Spirochaeta pallida geht Verfasser auf deren Kultur, besonders der Reinkultur ein, von der Mühlens, W. H. Hoffmann und Verfasser behaupten, daß sie ihnen gelungen sei. Die Resultate der beiden ersten Forscher erkennt Verfasser nicht an; er hält sie für Reinkulturen von Treponema microdentium. Die Reinkulturen, die N. sowohl von Kaninchenorchitis, als auch von menschlichem Ausgangsmaterial gewonnen hat, sind in morphologischer und kultureller Beziehung identisch. Mit den von Kaninchen stammenden Reinkulturen gelang es, bei verschiedenen Kaninchen typische Orchitis hervorzurufen; die von Menschen herrührenden Kulturen erzeugten bei Affen Primäraffekte. Einige Wochen nach der Impfung trat positive Wassermannsche Reaktion auf. Im Besitz der Pallida-Reinkulturen ging N. dazu über, deren Extrakt — Luetin — im Sinne der v. Pirquetschen Tuberkulinreaktion zu erproben. Sämtliche intravenös mit Pallida vorbehandelten Kaninchen reagierten auf das intrakutan angewandte Luetin mit abgegrenzter Entzündung, die manchmal in einigen Tagen in Eiterung überging. Kein normales Kaninchen zeigte eine Reaktion. Die hiernach an Menschen unternommenen Versuche erstrecken sich auf mehrere hundert Fälle von Syphilitikern, Parasyphilitikern, nicht syphilitischen Erkrankungen und normalen Menschen. Berichte über die klinische Verwendbarkeit des Luetins liegen bis jetzt vor von Cohen, der es in ophthalmologischer Beziehung erprobte; hiernach ist die Reaktion spezifisch und leistet wertvolle Hilfe, wenn die Wassermannsche Reaktion oder die klinischen Erscheinungen keine Entscheidung erlauben. Orlemann-Robinson in New York bestätigt in dermatologischer Hinsicht die Spezifität. N. unterscheidet folgende Arten der Luetinreaktion: Bei normalen Personen erscheint 24 Stunden nach der Injektion von Luetin oder auch der Kontrollflüssigkeit (= Hodenextrakt eines normalen Kaninchens) ein schmaler erythematöser Hof an und um der Injektionsstelle, ohne Schmerzen und ohne Jucken. Die Reaktion verschwindet allmählich innerhalb 48 Stunden und hinterläßt keine Induration. Manchmal entsteht jedoch auch eine kleine Papel, die ohne Induration zu hinterlassen, wieder verschwindet. Bei positiver Reaktion sind verschiedene Formen zu unterscheiden. Die erhabene, 5 bis 10 mm im Durchmesser große, rötliche Papel erscheint innerhalb 24 bis 48 Stunden. An Größe und Induration nimmt sie während der folgenden 3 bis 4 Tage zu, wonach der Entzündungsprozeß sich zurückzubilden beginnt. Bei der zweiten, der pustulösen Form, gleicht Anfang und Verlauf bis etwa zum vierten Tage der papulösen; sodann schreitet die Entzündung weiter: die Oberfläche der runden Papel wird leicht ödematös; in ihrem Zentrum tritt eine Erweichung ein. In den nächsten 24 Stunden verwandelt sich die Papel in eine Blase, deren Inhalt später eitrig wird. Der Rand der bald platzenden Pustel bleibt induriert, während sich ihr Grund mit einer Kruste bedeckt, der in wenigen Tagen abfällt. Gewöhnlich bleibt keine

Digitized by Google

Narbe nach der Heilung zurück. Diese Form der Reaktion ergab sich meist bei Patienten mit tertiärer oder spätkongenitaler Syphilis. In seltenen Fällen wird die torpide Form beobachtet, bei der der Injektionsstich in 3 bis 4 Tagen bis auf einem kaum sichtbaren Punkt verschwindet, so daß der Anschein einer negativen Reaktion erweckt wird. Aber nach 10 Tagen oder noch später flackern diese Stellen wieder auf und entwickeln sich zu kleinen Pusteln, deren Entwicklung wie bei der pustulösen Form verläuft. Diese Reaktionsform wurde beobachtet in je einem Falle von primärer und kongenitaler Lues und in zwei Fällen von sekundärer Syphilis, die alle zurzeit mit Hg behandelt wurden. Verfasser betrachtet die Reaktion als spezifisch für Syphilis: ihr besonderer Vorzug beruht darin, daß sie konstanter in den Spätstadien der Lues vorhanden ist als die Serumreaktion. Ist sie vorhanden, so beweist sie, daß in dem Körper noch Infektionsstoff vorhanden ist; energische Behandlung ist dann erforderlich. Eine negative Luetinreaktion könnte also wohl ein Anzeichen dafür sein, die Behandlung auszusetzen. Verfasser hat jedoch auch Fälle gesehen, bei denen die Syphilis trotz Behandlung weiter bestand, die aber doch eine negative Luetinreaktion zeigten; solche Fälle sollen eine ungünstige Prognose haben. — Weiterhin hat Verfasser Versuche angestellt, bei der Wassermannschen Reaktion das Lipoid-„Antigen" durch Extrakt oder Emulsion von Reinkulturen der Spirochaeta pallida zu ersetzen oder zu verstärken; auf diese Ergebnisse hier einzugehen, düfte jedoch zu weit führen. Fendt-Wiesbaden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Wertlosigkeit der positiven Wassermannschen Reaktion für die lokale Diagnose, von Franz Bruck-Berlin-Charlottenburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 32.) Verfasser warnt vor einer Überschätzung des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion in dem Sinne, daß man sich dadurch verleiten lassen könne, eine nicht syphilitische Affektion bei einem Syphilitiker nur spezifisch zu behandeln; er fordert für die Sicherung der örtlichen Diagnose neben der positiven Wassermannschen Reaktion noch die Diagnose ex juvantibus.

Bruck plädiert am Schlusse seiner Arbeit sehr eindringlich für die Wassermannsche Reaktion bei Heiratskandidaten und Ammen; in letzterem Falle sollten auch die Säuglinge der Blutprobe unterworfen werden. Lasch-Breslau.

Geschlechtskrankheiten und Heilschwindel, von Carl Alexander-Breslau. (Flugschr. d. Dtsch. Ges. z. Bek. d. Geschl., 1911, Heft 1.) Alexander, der rühmlichst bekannte Kämpfer gegen das Kurpfuschertum, verdient den Dank der Menschheit, insbesondere der Ärzteschaft; sein Vortrag, der jetzt in vierter umgearbeiteter Auflage erscheint, schildert uns die Gefahren des Kurpfuschertums und fordert zum Kampfe gegen dasselbe auf. W. Chrzelitzer-Posen.

Ist der Gebrauch der Kalium chloricum-Zahnpasten gefährlich? von C. Bachem-Bonn. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Auf diese Frage antwortet Verfasser mit einem ganz präzisen: Nein. Er begründet seinen Standpunkt teils mit einem Hinweis auf die Literatur, teils mit den Ergebnissen von mehreren Experimenten, welche er diesbezüglich ausführte. So fand er, daß bei vorschriftsmäßiger Verwendung der Pebeco-Zahnpaste die Hauptmenge der gebrauchten Portion sich im ausgespuckten Spülwasser wiederfand und nur minimale ganz unschädliche Mengen im Munde verblieben. Ferner hat er bei Kaninchen, Ratten und Hunden größere Mengen Kalium chloricum teils als Pasta in die Mundhöhle, teils direkt in den Magen gebracht, wobei er kon-

Digitized by Google

statierte, daß selbst unvergleichlich viel größere Mengen, als wie sie vom Menschen beim Zähneputzen verbraucht werden, anstandslos vertragen wurden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Versuche, Antigen-Antikörperwirkungen sichtbar zu machen. Mitteilung über weitere Fortschritte mit unseren Versuchen zur Epiphaninreaktion, von K. v. Angerer und H. Stötter-Erlangen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Verfasser geben hier eine erleichterte Methode für die Ausführung der Epiphaninreaktion an. Diese Reaktion besteht, um das zu rekapitulieren, darin, daß der Neutralitätspunkt einer Mischung von Baryt und Schwefelsäure durch den Einfluß der in bestimmter, optimaler Konzentration vor sich gehenden Reaktion zwischen Serum und Antigen verschoben wird. Man bringt also in eine erste Reihe von Gläsern je 1 ccm destilliertes Wasser und in die zweite Reihe je 1 ccm der Antigenverdünnung 10^{-3}. Nun wird zu dem ersten Gläserpaar (1 resp. 1') je 1 ccm Serumverdünnung 10^{-12} hinzugesetzt, worauf man die Mischung 10 Minuten stehen läßt; nach Ablauf dieser Zeit wird ebenso die Serumverdünnung 10^{-10} in das Gläserpaar 2 und 2' eingefüllt und nun für Glas 1 resp. 1' die Reaktion durch Zusatz des zweiten Systems zu Ende geführt. Nach Beendigung des Systemzusatzes zum ersten Gläserpaar wird in Glas 3 resp. 3' je 1 ccm der Serumverdünnung 10^{-8} eingefüllt und für Glas 2 resp. 2' die Reaktion bestimmt usw. Die Verwendung einer Spiralpipette statt der Mikropipette kürzt die nötige Zeit wesentlich ab, von 5 Minuten auf $2^1/_2$. Ist das Serum im Sinne der Epiphaninreaktion negativ, d. h. tritt keine Reaktion zwischen Serum und Antigen ein, so verhält sich letzteres nicht anders als destilliertes Wasser. Es werden also bei dieser Versuchsordnung bestimmt: der Neutralpunkt des zweiten Systems + Serum und ferner der Neutralpunkt des zweiten Systems + Serum + Antigen. Falls das Antigen allein den Neutralitätspunkt bestimmt, wird das Verhältnis in allen Gläserpaaren das gleiche sein. Dagegen tritt eine Verschiebung des Neutralitätspunktes ein, sobald Reaktionen zwischen Antigen und Antikörper erfolgen. In der zweiten Hälfte der Arbeit kritisieren Verfasser eine Publikation von Korff-Petersen und Brinkmann über dieses Thema.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Assistant Prof. Herbert J. Smith wurde zum Professor der Dermatologie am Medico-Chirurgical College zu Philadelphia ernannt.

Dem Oberarzte der Klinik von Prof. Majocchi, Dr. Giovanni Battista Dalla Favera, wurde die in Parma erlangte Venia legendi aus Dermatologie und Syphilis für Bologna übertragen.

Dr. Pietro Ballico, gewesener Assistent von Prof. Breda in Padua und seither Spezialarzt für Hautkrankheiten in Venedig hat sich in Bologna für Dermatologie und Syphilis habilitiert, desgleichen der Assistent von Prof. Luigi Philippson, Dr. G. Scaduto, in Palermo und der gewesene Assistent der Hautkliniken zu Genua und Modena Dr. Leonardo Martinotti in Genua.

Priv.-Doz. Dr. Karl Hochsinger in Wien wurde zum Leiter des neu zu errichtenden Währinger Kinderspitales bestimmt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. November 1912 | Nr. 48 | Band 55

Über Keratosis spinulosa (Lichen spinulosus Crocker).

Von

Priv.-Doz. Dr. S. C. Beck, Budapest.

(Mit 1 Tafel.)

Jene Formen der Hyperkeratosen, welche mit den Follikelmündungen, teilweise auch mit den tieferen Follikelabschnitten in engerer Beziehung stehen, haben von jeher das Interesse der Fachleute erweckt. Es ist merkwürdig, daß während ein Teil dieser follikulären oder suprafollikulären Keratosen, wie z. B. die bei der Akne vorkommenden Hornkomedonen oder die an den Streckseiten der Extremitäten lokalisierte Keratosis pilaris (seu suprafollicularis), zu den alltäglichen Vorkommnissen der Hautpathologie gehören, es andererseits auch solche follikuläre Verhornungsanomalien gibt, welche nur sehr selten beobachtet werden und gerade dadurch unser besonderes Interesse erwecken.

Diejenige Erkrankung der Haut, auf welche Radcliffe Crocker 1883 zum ersten Male aufmerksam machte und welche er Lichen pilaris seu spinulosus Devergie[1]) nannte, gehört zu den interessantesten und seltensten Varietäten der follikulären Hyperkeratosen. Diese Benennung ist seit dem Jahre 1888, dem Erscheinen von R. Crockers Lehrbuch, in der englischen dermatologischen Literatur allgemein angenommen worden. Am Kontinent jedoch hat man lange Zeit überhaupt von diesem Krankheitsbild gar keine Kenntnis genommen, so daß bis 1905 dieser Name sonst nirgends vorkommt, als in der englischen Literatur. Zu bemerken ist jedoch, daß Hardy schon im Jahre 1803 eine Acné cornée benannte Dermatose beschrieben hat, welche besonders seit Leloir und Vidals Arbeiten (1882—89) den französischen Dermatologen wohl bekannt war und die dem Lichen spinulosus der Engländer sehr ähnlich sieht. Seit 1895, als Hallopeau und seine Schüler durch Demonstration mehrerer Acné cornée-Fälle vor der Pariser dermatologischen Gesellschaft die Aufmerksamkeit auf diese Krankheit gelenkt hatten, ist das Interesse der Fachleute für diese seltene Dermatose von neuem wachgerufen worden. Es ist aber niemandem eingefallen, diese Fälle mit dem Lichen spinulosus der Engländer zu vergleichen oder zu identifizieren, trotz dem

[1]) Adamson und Lewandowsky haben fast zu gleicher Zeit darauf hingewiesen, daß es vollkommen ungerechtfertigt ist, die Benennung Lichen spinulosus mit Devergies Namen in Verbindung zu bringen. In keiner Arbeit Devergies ist einer so benannten Dermatose Erwähnung getan.

Digitized by Google

Umstande, daß damals schon eine ganze Reihe von Beobachtungen englischer Autoren vorlag (R. Crocker, Colcott Fox, Wickham Legg, Payne, Malcolm Morris, Perry, S. West).

Es scheint, daß mit der Zeit mehrere, einander nahestehende, aber nicht identische Dermatosen mit dem Namen Acné cornée bezeichnet wurden, so daß es nicht leicht zu entscheiden ist, welche Fälle mit dem Lichen spinulosus der Engländer zu identifizieren, und welche von der so benannten Erkrankung zu unterscheiden sind. Adamson betrachtet es als erwiesen, daß von den älteren Fällen diejenigen von Guibout, Leloir und Vidal, von den neueren die Hallopeauschen Acné cornée-Fälle, sowie Barbes Keratose folliculaire type Brooke und Audrys Keratose pilaire engainante typische Beispiele des in England schon früher bekannten Lichen pilaris seu spinulosus darstellen. Zur Verwirrung der Frage hat noch beigetragen, daß inzwischen Tenneson und Leredde unter dem Namen Acné kératique, R. Crocker selbst unter dem Namen Akne keratosa neue Krankheitsbilder beschrieben haben, welche die genannten Autoren von den älteren Acné cornée-Fällen unterscheiden, und daß hingegen die Beschreibung einiger Fälle der Brookeschen Keratosis follicularis contagiosa so sehr dem Bilde des Lichen spinulosus gleicht, daß ein Teil dieser Fälle sehr wahrscheinlich zum echten Lichen spinulosus zu rechnen ist. Die vielerlei Benennungen, mit welchen die Autoren die voneinander nur wenig abweichenden Keratosen, ja oft sogar ganz identische Krankheitsbilder belegt haben, hatte nicht viel dazu beigetragen, das Chaos, welches in der Frage der follikulären Keratosen geherrscht hat, zu klären.

Adamson hat 1905 als erster den Versuch gemacht, in der Verwirrung, welche diese Frage umhüllte, Ordnung zu schaffen, indem er alle bisher bekannt gewordenen Fälle von Lichen spinulosus ähnlichen oder verwandten Keratosen zusammenstellte und seine literarischen Studien mit eigenen klinischen Beobachtungen und histologischen Untersuchungen ergänzte. Seinen Bestrebungen ist es zweifellos gelungen, zur Klärung der Frage beizutragen, doch konnte er sein Ziel ebensowenig vollkommen erreichen, wie Lewandowsky in seiner fast zur selben Zeit erschienenen Arbeit, Piccardi und Salinier in ihren späteren Arbeiten. Es ist ja leicht verständlich, daß eine Gruppierung der unter verschiedenen Namen beschriebenen oder vorgestellten Fälle, die zumeist jeder histologischen Beschreibung entbehren und zum großen Teil auch klinisch mangelhaft beschrieben worden sind, nachträglich fast unmöglich wurde. Ein charakteristisches Beispiel zum Gesagten bildet Adamsons und Salinieres einander widersprechende Auffassung über die Acné cornée der Franzosen. Während Adamson die unter diesem Namen beschriebenen Fälle mit C. Fox und R. Crocker für Lichen spinulosus hält, rechnet Salinier, dem sich in einer späteren Arbeit auch Lewandowsky anschließt, dieselben zur Brookeschen Keratosis follicularis contagiosa. Hingegen wird von Adamson und von einigen späteren, seine Auffassung teilenden Autoren, selbst die Richtigkeit des Lewandowskyschen Lichen spinulosus-Falles bezweifelt.

Trotz den spärlichen Publikationen können wir aber heute schon mit Sicherheit behaupten, daß es eine klinisch und im großen und

Digitized by Google

ganzen auch histologisch wohl charakterisierte Dermatose gibt, welche R. Crocker Lichen pilaris seu spinulosus Devergie, Unna in seiner Histopathologie Keratosis follicularis spinulosa genannt hat, und die wir heute richtiger nach Salinier Keratosis spinulosa nennen können.

Die Krankheit, die zumeist akut oder subakut auftritt, wird hauptsächlich bei Kindern oder jungen Personen beobachtet. Ihre charakteristischen klinischen Merkmale sind die folgenden: es treten an beliebigen Stellen der Haut, zumeist aber am Nacken und an der seitlichen Halsgegend abwärts bis auf die Schultern reichend, sowie auf der Regio scapularis, am Bauch, an den Schenkeln um die Trochanteren, oder an den Streckseiten der Oberarme auf markstückgroßen oder größeren Flächen, gruppenweise 1—2 mm lange, weißlich-graue Stacheln auf. Früher wurde allgemein angenommen, daß dieselben aus den Follikelmündungen herauswachsen, durch neuere Untersuchungen wurde jedoch festgestellt, daß die Stacheln auch um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen, ja sogar unabhängig von irgend welchem drüsigen Anhangsorgan auf der Hautoberfläche entstehen können (Bottelli, Vignolo-Lutati und meine eigenen Untersuchungen). Rings um die Stachelgruppen sind auch vereinzelt stehende Stacheln zu sehen. Die Basis der Stacheln wird von einer minimalen, kaum stecknadelkopfgroßen Papel gebildet, die entweder normale Hautfarbe aufweist, oder schwach rot gefärbt ist. Die Hornstacheln sind aus den ihre Unterlage bildenden Papelchen mittels Pinzette leicht und schmerzlos zu entfernen, oder mit den Fingern auszudrücken. An den Stellen der so entfernten Hornstacheln bleiben kleine punktförmige Gruben zurück. Die erkrankte Haut fühlt sich reibeisenähnlich rauh an. Schmerz, Jucken oder irgendwelche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens fehlen vollkommen.

Die histologischen Befunde, welche in den sehr spärlichen untersuchten Fällen beschrieben sind, stimmen nicht in allen Punkten überein. Die Unterschiede beziehen sich teils auf die Bildungsstätte der Hornstacheln, teils auf die begleitenden entzündlichen Erscheinungen der Lederhaut. Die ersten mikroskopischen Beschreibungen, welche C. Fox, Adamson[1]) und Lewandowsky lieferten, berichten nur über follikuläre Stachelbildung. Die Möglichkeit einer extrafollikulären Stachelbildung ist überhaupt noch nicht erwähnt. Erst 1910 hat Bottelli und ein Jahr später Vignolo-Lutati mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß die Bildung der Hornstacheln in ihren Fällen nicht auf die Follikelmündungen beschränkt war, sondern auch unabhängig von denselben interfollikulär oder um und in den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen vor sich ging.

Die Unterschiede, welche wir bei den Beschreibungen der bindegewebigen Veränderungen finden, verdienen insofern unsere Aufmerksamkeit, da sie zur Beurteilung des ganzen pathologischen Prozesses von

[1]) Es muß jedoch erwähnt werden, daß auf einer etwas schematisierten Zeichnung der Adamsonschen Arbeit (Tafel II, Fig. 1) der Stachel vielmehr als porales, wie als follikuläres Gebilde imponiert. Ohne den erklärenden Text würde jeder etwas geschulte Histologe den Hornstachel sicher für ein aus dem Ausführungsgang einer Schweißdrüse herauswachsendes Horngebilde, d. h. für einen poralen Stachel halten.

Digitized by Google

größter Wichtigkeit sind. Während nämlich ADAMSON in seinem Falle keine Spur von entzündlichen Vorgängen in der Cutis fand, und aus diesem Grunde die Erkrankung für eine reine primäre Hyperkeratose betrachtet, haben andere Untersucher ein mehr oder minder ausgesprochenes entzündliches Infiltrat um die Follikeln gefunden. Darum meint auch LEWANDOWSKY, daß die Entzündung das Primäre sei, zu welcher sich sekundär die eigentümliche Form der Hyperkeratose gesellt hat, andere wieder sind der Meinung, daß die Entzündung sekundär, durch den auf die Cutis ausgeübten Reiz der wuchernden Hornmasse entstanden sei.

Neben der selbständig auftretenden Keratosis spinulosa finden wir in der Literatur auch Angaben, welche beweisen, daß sich die Hornstachelbildung, der Spinulosismus, zu verschiedenen Dermatosen als sekundäres Vorkommnis gesellen kann. Am häufigsten wurde die Bildung von Hornstacheln bei dem Lichen scrophulosorum, beim Lichen ruber planus, beim miliären Syphilid und bei der gewöhnlichen Keratosis pilaris seu suprafollicularis beobachtet. Wir sehen in solchen Fällen, daß aus der Mitte der follikulären oder perifollikulären Papeln des Lichen scroph. oder des miliären Syphilids usw. ähnliche feine 1—2 mm lange Hornstacheln hervorragen, wie bei der echten Keratosis spinulosa. Ein anderes Mal beobachtet man, daß neben den typischen dicken Hornzäpfchen der Keratosis pilaris, oder den flachen Papeln des Lichen planus an verschiedenen Stellen der Haut kleinste konisch geformte Papeln auftreten, die ebenfalls mit zentralen Hornstacheln versehen sind. Es wurden selbst Fälle beschrieben, wo die Zahl der letzteren überwiegend war, und wo dieselben sogar früher aufgetreten sind, und nur das spätere Erscheinen von typischen Lichen planus-Effloreszenzen hat über die Natur der Krankheit Aufschluß gegeben. Auch diese Fälle wurden zumeist durch Demonstrationen und Beschreibungen englischer Autoren bekannt (C. FOX, PRINGLE, SAVILL, M. MORRIS), nur vereinzelt finden wir Erwähnung ähnlicher Vorkommnisse in der deutschen und italienischen Literatur (WEIDENFELD, BIZZOZERO).

Besondere Beachtung verdienen jene Fälle von Spinulosismus, bei welchen sich diese Verhornungsanomalie zum echten Lichen ruber planus gesellt hat. Es ist allgemein bekannt, welch scharfer Kampf sich in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts zwischen der HEBRA-KAPOSIschen Schule und der französischen Schule, die durch BESNIER und seine Schüler vertreten war, um die Frage des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE abspielte. KAPOSI, der den Standpunkt seines Meisters HEBRA verfochten hat, sah zwischen den beiden Krankheitsbildern, dem Lichen r. planus und dem Lichen r. acuminatus einen engen Zusammenhang und bezweifelte die Selbständigkeit der Pityriasis rubra pilaris. Er betrachtete dieselbe vielmehr als eine mit dem HEBRAschen Lichen r. acuminatus identische Erkrankung. BESNIER und seine Schule hingegen bestand darauf, daß die Pityriasis r. pilaris eine selbständige Krankheit sei, welche gar keine Beziehungen zum Lichen r. planus besitzt, und BESNIER hat sogar — um jedem Mißverständnis vorzubeugen — vorgeschlagen, die letztere Dermatose nach ihrem ersten Beschreiber als WILSONsche Krankheit zu benennen. Grund zu diesem

Digitized by Google

Streit gaben besonders diejenigen Fälle, bei welchen neben typischen L. r. planus-Papeln auch Elemente vorkamen, die den akuminierten, hornstacheltragenden Effloreszenzen der Pityriasis r. pilaris ähnlich sahen; d. h. Fälle von L. r. planus, die mit Spinulosismus kompliziert waren.

Doch alle diese Fälle können es nicht zweifelhaft machen, daß die Keratosis spinulosa als selbständige Krankheit, als eine primäre, von anderen Dermatosen unabhängige, Form der pathologischen Hornbildung existiert. Wir sehen ja auch bei anderen Formen der Hyperkeratose, daß sie teils als selbständige Krankheitsbilder, teils als sekundäre, anderen Dermatosen sich anschließende Gebilde auftreten können. Die verrukösen Neubildungen z. B., welche sich auf tuberkulöser Grundlage, oder auf der elefantiastisch verdickten Haut nach chronischen Hautentzündungen entwickeln, weichen doch oft nicht im geringsten von den gewöhnlichen Warzen ab, und doch wird es niemandem einfallen, die Verruca vulgaris als sekundäres Gebilde zu deuten und ihre Selbständigkeit zu leugnen. Auf Grund dieser Erwägungen schließe ich mich auch denjenigen an, die die Keratosis spinulosa für eine selbständige, akut auftretende und zumeist spontan verlaufende seltene Verhornungsanomalie betrachten.

Bei uns in Ungarn und auch in Österreich ist meines Wissens noch kein einziger Fall dieser Krankheit beschrieben worden. Wenn also Fälle von Keratosis spinulosa auch vorgekommen sind, haben sie sich der Aufmerksamkeit der Fachkollegen entzogen, oder wurden anders diagnostiziert. Beim äußerst seltenen Vorkommen dieser Dermatose ist ja das gar kein Wunder, und eben dieser Umstand hat mich dazu bewogen, meinen Fall aufzuarbeiten und den histologischen Befund ausführlich zu publizieren. Mein Fall stimmt — wie aus der späteren Beschreibung ersichtlich — nicht in allen Punkten mit den meisten bisher veröffentlichten Fällen überein. Besonders in einer Hinsicht besteht ein scheinbar wesentlicher Unterschied zwischen meinem und den sämtlichen bisher bekannt gewordenen Fällen: in meinem Falle sind nämlich nach Involution der primären Effloreszenzen kleine oberflächliche ständige Narben zurückgeblieben, während in der bisherigen Literatur solche nicht erwähnt sind. Dem Fehlen oder dem Vorhandensein dieser Atrophien kann aber meines Erachtens keine solche besondere Bedeutung zugeschrieben werden, welche die Richtigkeit der Diagnose zweifelhaft machen könnte. Auch in dieser Hinsicht kann ich mich auf andere Beispiele der Hautpathologie berufen, welche beweisen, daß ein und dieselbe Erkrankung einmal mit Zurücklassung von Atrophien, ein anderes Mal ohne Atrophien abheilen kann. Um die Richtigkeit meines Standpunktes zu beweisen, werde ich zur Würdigung dieser Frage weiter unten noch

Digitized by Google

zurückkehren, vor allem will ich aber die Krankengeschichte und den histologischen Befund meines Falles beschreiben.

Irene D., 18 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Der Vater starb vor 17 Jahren im Alter von 45 Jahren an Lungenschwindsucht, die Mutter lebt und ist gesund. Über eventuelle Kinderkrankheiten kann sie nichts berichten, leidet aber seit 8—9 Jahren an einer Erkrankung der Augenlidränder, welche stark verdickt und gerötet erscheinen, mit kleinen Borken besetzt und ihrer Cilienhaare beraubt sind. Die Hautkrankheit, welche sie zu mir führte, besteht seit ungefähr zwei Monaten. Damals bemerkte sie, daß die Haut sich an der hinteren Haargrenze grob, rauh anfühlt, ohne daß dieser Zustand ihr irgendwelche subjektive Beschwerden, Jucken oder Schmerzen verursacht hätte. Bei der Untersuchung ergab sich, daß die Hautveränderungen an derjenigen Hautfläche lokalisiert sind, welche von der hinteren Haargrenze bis zur Mitte der Spina scapulae reicht, sich von hier nach unten ausbreitet und durch die Linien begrenzt ist, welche man von der Mitte der Spina scapulae bis zum 8. Brustwirbel ziehen kann. Die Hautläsionen bestehen in der Nackengegend und in der Nähe der Schultern aus erbsen- bis markstückgroßen, schmutzig grauen Flecken, welche von 1—2 mm langen, dicht gedrängten spitzigen Hornstacheln gebildet werden, die auch mit unbewaffnetem Auge sichtbar sind, unter der Lupe aber noch schärfer hervortreten. Die Haut, welche ihre Basis bildet, ist gelblichgrau, nicht entzündet, und ihre Hornschicht scheint auch abgesehen von den Hornstacheln in ihrer Flächenausbreitung verdickt. Beim Bestreichen mit dem Finger gewinnt man den Eindruck einer rauhen, reibeisenähnlichen Fläche. Um diese Flecken herum sind in einer Ausbreitung von 1—2 cm hirse- bis hanfkorngroße, elfenbeinfarbige, glänzende, etwas deprimierte Narben sichtbar, deren Ränder sich vielfach berühren und konfluieren. Abwärts der Spinae scapul. sind nur noch diese kleinen Atrophien sichtbar, verstreut, oder in Gruppen geordnet. Unter der Lupe sehen die kleinen atrophischen Flecken durch das Hervortreten ihrer Hautfurchen wie zerknittert aus. Dieselben sind zumeist in perifollikulärer Anordnung, oft ist aber weder eine zentrale, noch periphere Follikelmündung sichtbar.

Zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung wurde ein erbsengroßes Hautstückchen exzidiert, von einer Stelle, an welcher makroskopisch Hornstacheln und atrophische Punkte nebeneinander sichtbar waren. Das ausgeschnittene Hautstückchen wurde in absolutem Alkohol fixiert und gehärtet, in Zelloidin eingebettet, und die Schnitte wurden nach verschiedenen, in der Hauthistopathologie üblichen Methoden gefärbt. (Polychrom. Methylenbl. + Glyzerinäther, Van Gieson, saueres Orcein + polychr. meth. bl., polychr. meth. bl. + Säurefuchsin-Tannin, oder neutr. Orcein.)

Die Hornschicht ist in ihrer ganzen Ausbreitung verdickt, der Grad der Verdickung ist aber sehr verschieden. Während normalerweise die Dicke der Hornschicht am Rücken nur einen Bruchteil des Dickendurchmessers der suprapapillären Epidermis bildet, ist dieselbe in unserem Falle fast durchweg so breit wie die suprapapilläre Stachelschicht selbst, stellenweise aber sogar zwei- bis dreimal so breit. Ihre Oberfläche ist an jenen Stellen, wo sie nicht durch die hervorragenden Hornstacheln, oder die in die Tiefe dringenden Hornzapfen unterbrochen ist, wellenförmig, mit stumpfwinkligen Erhebungen. Die lamellöse Struktur ist überall gleichgut sichtbar, die Hornlamellen sind dicht, kohärent und weisen keinerlei färberische Differenzierung auf. Innerhalb der Hornzellen ist keine Spur einer Kernfärbung sichtbar, die Verhornung ist also eine vollkommene; eine Parakeratose ist nicht vorhanden. Schon mit unbewaffnetem Auge, noch schärfer unter der Lupe, ist fast auf allen Schnitten sichtbar, daß aus der Hornsubstanz der Hautoberfläche an manchen Stellen dicke komedonenähnliche Hornpfröpfe sich 1—2 mm weit in die Tiefe drängen und zarte Stacheln sich über die Hautfläche

Digitized by Google

erheben. Die Hornpfröpfe, und zwar besonders die follikulären (siehe weiter unten), besitzen oft eine nach oben offene Kelchform und eine zwiebelähnliche Schichtung. Die Hornlamellen sind an der Peripherie der Pfröpfe dichter, zentralwärts lockerer, Unterschiede in der Tingibilität und Kernfärbung weisen sie ebensowenig auf, wie die Hornschicht der Hautoberfläche. Oft bilden sich nebeneinander in den Nachbarfollikeln oder im Follikel und um den nebenan liegenden Schweißdrüsenausführungsgang solche kelchförmige Hornpfröpfe. In solchen Fällen ragen die spitzwinklig aufeinanderstoßenden Hornlamellen stachelförmig zwischen den Hornkelchen hervor (siehe unten). Die in die Tiefe dringenden Hornpfröpfe sind übrigens in bezug auf ihre Entstehungsweise in drei verschiedene Formen zu teilen:

1. Ein Teil derselben bildet sich aus der Hornsubstanz des oberen Follikelabschnittes, des Infundibulum. Es sind dies also echte intrafollikuläre Horngebilde.

2. Andere entstehen um den obersten spiraligen Teil der Schweißdrüsenausführungsgänge und können durch exzentrisches Wachstum dieselbe Größe erreichen, wie die intrafollikulären Hornpfröpfe. Charakterisiert sind sie durch den Umstand, daß in ihrer Mitte immer die Durchschnitte der Schweißdrüsenspirale aufzufinden sind; in manchen Schnitten ist sogar der Zusammenhang mit den tiefer gelegenen Drüsenteilen deutlich zu sehen. Die Form dieser Hornpfröpfe ist zumeist oval, manchmal besitzen sie aber ebenfalls die offene Kelchform der intrafollikulären Pfröpfe. Wir stehen also hier einer peritubulären Verhornung gegenüber, einer Porokeratose im rein anatomischen Sinne des Wortes (nicht zu verwechseln mit der ähnlich benannten Mibellischen Dermatose).

3. Die seltenste und zugleich kleinste Form der Hornpfröpfe ist diejenige, welche unabhängig von irgendwelchen drüsigen oder follikulären Gebilden einfach so entsteht, daß die Hornschicht der Hautoberfläche sich an einem Punkt knopfartig verdickt, der untere Pol der Verdickung drückt die Stachelschicht gegen das Bindegewebe, der obere Teil endet in einem kurzen spitzen Stachel (siehe Figur). Der so entstandene hyperkeratotische Knopf ist bedeutend kleiner, als die intrafollikulären oder peritubulären Hornpfröpfe.

Die über die Haut sich erhebenden, auch klinisch nachweisbaren Hornstacheln werden zumeist durch die hervorragenden Teile der Hornpfröpfe gebildet. Dementsprechend ist ihre Genese mit jener der tiefen Horngebilde identisch. Die intrafollikulären Hornmassen bilden die dicksten und kürzesten Stacheln. Ähnlich ist auch ein Teil der tubulären Stacheln, während andere, und zwar diejenigen, deren intraepidermidaler Teil schlanker, mehr oval ist, auch nach aufwärts dünner sind und mehr spitz enden. Die dritte Form der Hornstacheln wird vom freistehenden spitzen Ende jener Hornknöpfe gebildet, welche unter 3. erwähnt wurden, d. h. welche durch einfache Hyperkeratose einer beliebigen Stelle der Oberflächenhornschicht entstehen. Endlich muß ich, als vierte Varietät der Hornstacheln, auf jene Gebilde hinweisen, welche dort zustande kommen, wo die Hornlamellen benachbarter Follikeln oder eines Follikels und eines benachbarten Schweißdrüsenausführungsganges in spitzem Winkel zusammenstoßen (siehe Figur).

Digitized by Google

Von Haaren oder Lanugoresten ist auf der Hautoberfläche keine Spur sichtbar. Es scheint, daß durch den in den Infundibulis stattfindenden gewaltigen Verhornungsprozeß sowohl die bereits entwickelten, wie auch die nachwachsenden Haare früh verdrängt und vernichtet werden, so daß sie nicht über die Haut hinauswachsen können. Aber selbst in der Tiefe der Haarfollikel sind dieselben nur spärlich und nur als verkrümmte Reste zu entdecken. Die noch sichtbaren Haarreste sind auch in den tieferen Abschnitten der Follikel von Hornwucherungen umgeben, ein Beweis, daß die Hyperkeratose sich nicht rein auf den infundibularen Teil der Follikel beschränkt, sondern in geringerem Maße fast bis zum Haarkolben reichen kann. An einer Stelle ist auf den Schnitten eine Hornzyste sichtbar, die durch pathologische Verhornung im mittleren Abschnitt eines Follikels und in der dazu gehörigen Talgdrüse entstanden zu sein scheint. Ihre Wandung besteht aus zwei bis drei Reihen flachgedrückter Epithelzellen. Der Inhalt der Zyste ist aus unregelmäßig gewundenen Hornlamellen gebildet, ohne irgend welche Spuren von Leukozyteneinwanderung oder Detritusbildung, die sonst ein ziemlich häufiges Vorkommnis in den Hornzysten zu sein pflegen. Das Stratum granulosum s. keratohyalinicum ist überall wohl entwickelt, Im allgemeinen besteht dasselbe aus zwei Zellreihen, an einzelnen umschriebenen Stellen ist es nur einreihig, ausnahmsweise ist es auch breiter.

Die Stachelschicht hat ziemlich tiefgreifende Veränderungen erlitten. Der Grad der Veränderungen ist aber nicht überall proportional mit dem Grade der Verhornung. An einzelnen Stellen ist trotz bedeutender Hyperkeratose die Struktur der Malpighischen Schicht verhältnismäßig normal. Die Epithelleisten sind gut entwickelt, die einzelnen Epithelzellen haben im großen und ganzen normale Form, nur scheinen sie in der Richtung ihres horizontalen Durchmessers etwas verlängert. Die interepithelialen Lymphräume sind gut sichtbar, Kern- und Protoplasmafärbung sind normal. Auffallend ist nur das vollkommene Fehlen von Mitosen, sowohl im Stratum germinativum, wie in der darüberliegenden Zellreihe. An anderen Stellen hat die Stachelschicht bei ähnlicher oder geringerer Verhornung bedeutende Veränderung erlitten. Die Epithelleisten sind verschwunden, die untere Grenze der Epithelschicht ist kaum wellig, bildet eine fast horizontale Linie und ist im ganzen bedeutend verschmälert. Die Zahl der Zellenreihen hat sich zwar nicht vermindert, aber die einzelnen Zellen sind in dem Maße plattgedrückt, daß sie im Durchschnitt fusiformen Zellen ähnlich sind. Die interepithelialen Kanäle sind verengert, stellenweise überhaupt nicht zu sehen. Die Epithelzellkerne sind in vielen Zellen geschrumpft, haben ihre typische Bläschenform verloren, und färben sich auch schwächer. Die Zellen des Stratum germinativum sind äußerst protoplasmaarm, ihre Kerne lassen sich zwar gut färben, Mitosen sind aber auch hier nicht zu finden.

Um den in die Tiefe gedrungenen Hornzapfen verhält sich die Stachelschicht ebenfalls sehr verschieden. Um die Seitenteile der Hornpfröpfe hat das Stratum spinosum besonders in den Übergangsstellen zum Oberflächenepithel noch seine ursprüngliche Struktur beibehalten. Es ragen kleine Epithelzäpfchen in die Kutis hinein, wodurch die papilläre

Digitized by Google

Struktur des Bindegewebes beibehalten ist. An anderen Stellen hat sich die Malpighische Schicht durch rasche Verhornung und durch den Seitendruck der Horngebilde sehr verschmälert. Hingegen ist der untere Pol der Hornzapfen von einem stark verbreiterten Epithel umgeben. Dasselbe besteht aus 10—12 Zellreihen, und auch das Stratum granulosum ist drei bis fünfreihig. Pigment ist in den Epithelzellen nur ausnahmsweise und in sehr geringen Mengen zu finden. Chromatophoren sowie gewöhnliche Wanderzellen fehlen zwischen den Epithelzellen fast vollständig.

An jenen Stellen, wo die Epidermis die geschilderten tiefgreifenden Veränderungen erlitten hat, weisen auch die bindegewebigen Teile der Haut intensivere pathologische Prozesse auf, als dort, wo die Stachelschicht verhältnismäßig noch normal geblieben ist. Die Bindegewebsveränderungen sind aber an verschiedenen Stellen nicht nur graduell verschieden, sondern sind auch bezüglich des Charakters der pathologischen Prozesse nicht gleich. Vor allen Dingen fällt es auf, daß weder in den Papillen, noch in der subpapillaren Schicht irgendeine Spur von entzündlichen Vorgängen nachweisbar ist. Die Konturen der Kapillargefäße, gekennzeichnet durch die gut gefärbten Kerne ihres Endothels, sind zwar deutlich zu sehen, aber von einer Auswanderung zelliger Elemente oder Vermehrung der Bindegewebszellen ist in diesen Kutisschichten keine Spur. Im Gegenteil, sowohl in den Papillen, wo dieselben noch erkenntlich sind, wie in der subpapillären Schicht scheint die Zahl der Bindegewebszellen im Verhältnis zur Norm verringert zu sein. Das Protoplasma der ziemlich spärlichen Fibroblasten scheint stellenweise, besonders dort, wo die weiter unten beschriebenen Bindegewebsveränderungen und die schon geschilderten Epithelveränderungen am intensivsten sind, wo die papilläre Struktur der Kutis vollkommen verschwunden ist, gedunsen, massiger als unter normalen Verhältnissen. Vereinzelt findet man auch Pigmentzellen und Mastzellen. Hingegen ist in den tieferen Kutisschichten, in der Höhe der Haarwurzel ein mehr oder minder ausgesprochenes entzündliches Infiltrat sichtbar. Am dichtesten ist die Infiltration um die Follikeln, während im interfollikulären Teil der Kutis dieselbe spärlicher ist und sich zumeist nur auf die Nachbarschaft der horizontal verlaufenden Gefäße beschränkt. Eine kurze Strecke kann man das Infiltrat auch aufwärts, um die aufsteigenden Gefäßäste verfolgen, dasselbe hört aber bald auf, so daß in der Nähe der subpapillaren Schicht nur noch erweiterte und gefüllte Gefäßästchen sichtbar sind, ohne zelliges Infiltrat. Gegen das subkutane Gewebe ist das Infiltrat stellenweise scharf abgegrenzt, an anderen Stellen hört es, so wie nach oben, nur sukzessive auf. In der grobfaserigen Subkutis, um den Glomeruli der Schweißdrüsen sind entzündliche Vorgänge nicht mehr zu sehen, nur einige erweiterte und prallgefüllte Gefäße deuten auf die höher sich abspielenden Entzündungsvorgänge. Der Hauptmasse nach besteht das peri- und interfollikuläre Infiltrat aus runden einkernigen lymphozytären Elementen, neben welchen unregelmäßig geformte, protoplasmareiche Bindegewebszellen, Fibroblasten, in ziemlich großer Zahl vorhanden sind. An der Peripherie des Infiltrats sind spärliche Plasmazellen sichtbar, und an einer, sonst schwach infiltrierten Stelle war eine einzige

Digitized by Google

Riesenzelle zu verzeichnen. Die Hornzapfen der Epidermis drängen sich an manchen Stellen bis an die obere Grenze des Infiltrats in die Kutis, so daß man den Eindruck hat, daß der Entzündungsprozeß um die Horngebilde einsetzte. Die Lokalisation der Entzündungsprodukte weist darauf hin, daß die, die Entzündung auslösende Noxe in den mittleren Kutisschichten Platz nimmt, und daß die oberen Kutisschichten nur sekundär, durch die entstandene Ernährungsstörung Veränderungen erlitten haben.

Die pathologischen Veränderungen der obersten Bindegewebsschichten sind sehr interessant und verdienen deshalb besondere Beachtung, weil sie rein degenerativen Charakters sind, bei vollständigem Fehlen entzündlicher Vorgänge irgendwelcher Art. Das normalerweise feinfaserige Gewebe der papillären und subpapillären Kutisschicht scheint noch feiner und loser geworden, und an den Stellen, wo die Papillen verstrichen sind, wo also die Hautveränderungen ihren Höhepunkt erreicht haben (klinisch entsprechen diese Stellen den glänzenden kleinen weißen Atrophien), hat das Kollagen seine Tingibilität fast vollkommen eingebüßt (neutrales Orcein, VAN GIESON) und bildet eine beinahe homogene Masse, welche aber so locker ist, daß sogar an dickeren Schnitten diese Stellen durch Herausfallen kleinster Gewebspartikelchen lückenhaft erscheinen. Die elastische Grenzschicht ist zum größten Teil zugrunde gegangen. Auch im übrigen Teil der Papillen und im subpapillaren Gebiet sind nur spärliche Reste des Elastins, einige schwach gefärbte Fasern oder Bruchteile derselben, zu sehen. Im tieferen Korium zeigen sowohl Elastin wie Kollagen normales Verhalten; nur an Stellen, wo die Infiltration am dichtesten ist, wo die zelligen Elemente die faserigen fast total verdrängt haben, ist das kollagene und elastische Gewebe zugrunde gegangen. Rings um die Infiltrationszone zeigen die faserigen Kutisbestandteile normale Färbbarkeit.

Von Talgdrüsen ist keine Spur zu entdecken, während die Knäuel der Schweißdrüsen unverändert erscheinen.

Das Wesentliche des pathologischen Prozesses ist also eine Hyperkeratose, welche zwar hauptsächlich follikulär und tubulär resp. peritubulär auftritt, sich jedoch nicht ausschließlich auf die intraepidermalen, teilweise auch tieferen Teile der Anhangsorgane der Haut beschränkt, sondern sich auch, unabhängig von diesen, an verschiedenen Punkten der oberflächlichen Hornschicht entwickeln und zu Hornstachelbildung führen kann. Die Lamellen der oberflächlichen Hornschicht sind aber, wie wir gesehen haben, auch in toto vermehrt und verdickt. Über diese allgemeine Ausbreitung der Hyperkeratose ist in den bisherigen histologischen Beschreibungen fast nichts erwähnt. Nur in den zwei neuesten Publikationen — beide betreffen italienische Fälle — von VIGNOLO-LUTATI und BOTTELLI sind ähnliche histologische Bilder be-

Digitized by Google

schrieben, während in Audrys Keratosis circumpilaris benanntem Fall, welchen später auch Salinier in seiner zusammenfassenden Arbeit beschrieben hat, nur von einer minimalen allgemeinen Hyperkeratose die Rede ist. In meinem Falle scheint aber die interfollikuläre Hyperkeratose noch ausgesprochener gewesen zu sein, als in den eben erwähnten italienischen Fällen. Bei denselben finden wir auch zuerst den Umstand hervorgehoben, daß sich auch außerhalb der Follikeln Hornstacheln bilden können, und zwar teils in und um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen, teils auch unabhängig von den drüsigen Elementen der Haut.

Ein beachtenswerter Unterschied zwischen meinen und den früheren histologischen Befunden besteht darin, daß ich überall nur echte Hyperkeratose ohne Parakeratose finden konnte, während die anderen Untersucher, Adamson, Audry und Salinier, Piccardi, Vignolo-Lutati neben wahrer Hyperkeratose auch Parakeratose gefunden haben. In diesem Punkte scheint mein Fall nur mit demjenigen Bottellis übereinzustimmen, dessen italienische Beschreibung mir leider nur durch Vignolo-Lutatis Arbeit bekannt geworden ist. In meinen Schnitten ist die Keratohyalinschicht überall gut sichtbar, in den Hornzellen ist nirgends eine Kernfärbung wahrzunehmen, während in den früheren Fällen neben normalem Keratin auch über unvollständig verhornte kernhaltige Hornzellen und Fehlen des Keratohyalins berichtet ist. Dieser Umstand muß deshalb betont werden, weil Piccardi das Vorhandensein einer Parakeratose charakteristisch für die Keratosis spinulosa hält, welche sie von der gewöhnlichen Keratosis pilaris unterscheidet, und Vignolo-Lutati behauptet, daß es gerade die durch die Parakeratose gekennzeichnete rasche Verhornung bewirkt, daß die Kohärenz der Hornzellen fester wird, sich daher nicht abheben und abschälen, wie die normalen Hornlamellen, sondern zu Hornstacheln auswachsen. Mein Fall beweist jedoch, daß auch ohne Parakeratose Hornstacheln entstehen können.

Im Bindegewebe haben die meisten Autoren entweder gar keine Veränderungen, oder nur eine ganz geringe perifollikuläre Infiltration gefunden. So waren in den Fällen von Adamson, Audry und Salinier überhaupt keine entzündlichen Erscheinungen vorhanden, doch muß erwähnt werden, daß im letzteren Falle die Exzision des untersuchten Hautstückchens so oberflächlich geschah, daß eine in den tieferen Koriumschichten eventuell vorhanden gewesene Infiltration nicht mehr zur Beobachtung gelangen konnte. In Piccardis Fall war eine ganz geringe, in Vignolo-Lutatis eine etwas ausgesprochenere perifollikuläre entzündliche Infiltration vorhanden; im letzteren beschränkte sich dieselbe nur um den oberen Teil der Follikel. Deshalb betrachten auch diese

Digitized by Google

Autoren die Entzündung für keine wesentliche, zum Gesamtbild der Erkrankung gehörige Veränderung, glauben vielmehr, daß sie nur sekundärer Natur sei, welche durch die übermäßige Verhornung wachgerufen wurde. Einen anderen Standpunkt vertritt Lewandowsky, der in seinem mehrfach bestrittenen Falle das Hauptgewicht auf die perifollikuläre Infiltration legt, diese für primär und die Parahyperkeratose für sekundär betrachtet.

In dem von mir untersuchten Falle war die Entzündung ziemlich ausgesprochen. Einen bedeutenden Grad hat aber die Infiltration nur um jene Stellen erreicht, wo die Horngebilde tiefer in die Follikeln oder Schweißdrüsenausführungsgänge eingedrungen sind. Das mikroskopische Bild spricht entschieden dafür, daß die Entzündung durch den Reiz der in die Kutis vordringenden Hornmassen um denselben wachgerufen wurde und sich von hier aus auch in das interfollikuläre Bindegewebe ausbreitete. Eine umgekehrte Deutung des Vorganges, daß nämlich die Hyperkeratose der Entzündung gefolgt hätte, wäre schon aus dem Grunde unzulässig, weil ja das Infiltrat in den tieferen Koriumschichten seinen Sitz hat, an Stellen, von wo aus es schwerlich einen Einfluß auf die an der Hautoberfläche beginnende pathologische Hyperkeratose auszuüben imstande war. Auch ich muß mich also im Gegensatz zu Lewandowsky der Auffassung anschließen, daß bei der Keratosis spinulosa das Primäre die aus unbekannten Ursachen einsetzende Hyperkeratose ist, zu welcher sich später auch eine, durch den Reiz der Hornzapfen hervorgerufene Entzündung gesellen kann. Die Entzündung kann aber auch fehlen, ist somit für die Erkrankung selbst nicht charakteristisch.

Neben den entzündlichen Vorgängen waren aber in meinem Falle auch degenerative Prozesse zu verzeichnen, die ihren Sitz in der papillären und in der subpapillären Schicht hatten. Von etwas Ähnlichem ist in keinem einzigen bis heute bekannt gewordenen Falle Erwähnung getan, und somit scheint dieser Umstand einen bedeutenden Unterschied zwischen meinem und den bisher beschriebenen Fällen zu bilden. Diese Veränderungen stehen im Zusammenhang mit jenen klinisch wahrnehmbaren Läsionen, welche nach Involution der Hornstacheln entstehen, nämlich mit den kleinen oberflächlichen Atrophien. Wie schon erwähnt wurde, kann das Auftreten dieser atrophischen Fleckchen m. E. keinen prinzipiellen Unterschied zwischen meinem Falle und den früheren Fällen bilden. Zum Beweis kann ich mich auf andere Beispiele der Hautpathologie berufen, bei welchen derselbe Prozeß einmal ohne, ein anderes Mal mit Atrophiebildung verlaufen kann. Einen solchen analogen Fall haben wir in der gewöhnlichen und sehr verbreiteten Keratosis (Lichen) pilaris seu Keratosis suprafollicularis Unna. Bei dieser Dermatose, welche,

Digitized by Google

wie bekannt, zumeist auf den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert ist, und die wir auf Grund klinischer und histologischer Untersuchungen als eine Entwicklungsanomalie der Follikeln auffassen müssen (Jacquet, Brocq, Veyrières, Lenglet usw.) tritt zumeist nach Jahren spontane Heilung ein, und zwar im allgemeinen in der Weise, daß die Follikel atrophisieren und die sie umgebende kleine Hautzone vernarbt. Die Narbenbildung zeigt aber sehr verschiedene Intensität und Ausdehnung, manchmal ist sie sogar überhaupt nicht vorhanden, oder ist wenigstens klinisch nicht nachweisbar. Es kann also diese häufige, alltägliche Keratose einmal so verlaufen, daß nach ihr keine sichtbaren Spuren zurückbleiben, ein anderes Mal wieder läßt sie schon mit freiem Auge deutlich erkennbare atrophische Fleckchen zurück. Nach meinen Erfahrungen ist der Grad der Narbenbildung nicht immer im Verhältnis zur Intensität der Keratose, sondern hängt wesentlich mit der individuellen Reaktionsfähigkeit der Haut zusammen. Diese Reaktionsfähigkeit bewirkt es, daß die Haut einmal auf geringere Reize mit intensiveren Veränderungen, ein anderes Mal umgekehrt auf größere Reize mit verhältnismäßig geringeren Veränderungen antwortet. Aus der Verschiedenheit der individuellen Reaktionsfähigkeit der Haut ist es zu erklären, daß in den bisher bekannten Fällen von Keratosis spinulosa keine sekundären Atrophien vorgekommen oder aufgefallen sind, während sie in meinem Falle regelmäßig den primären Läsionen, den Hornstacheln und Zapfen folgen und durch ihre Zahl und Ausbreitung sogar eine der hervorragendsten Veränderungen des pathologischen Bildes darstellen.

Als anderes Beispiel kann der Verlauf des Lichen ruber planus dienen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bleiben nach Verlauf dieser Dermatose höchstens langdauernde Pigmentflecke zurück, die zumeist schließlich auch verschwinden, ohne daß an den Stellen der Lichenpapeln klinisch oder histologisch nachweisbare Atrophien entstehen würden. Die Restitutio ad integrum der Gewebe ist vollkommen. Manchmal kann man jedoch beobachten, daß die Mitte der flachen Papeln einsinkt, die Haut wird an diesen Stellen dünner, die kleine zentrale Vertiefung wird allmählich breiter, bis schließlich an der Stelle der Papel ein atrophischer Fleck entstanden ist, welcher als ständige Spur der Erkrankung nicht mehr verschwindet. Histologisch kann man in solchen Fällen nachweisen, daß die zwischen der Epidermis und dem charakteristischen Infiltrat gelegenen Bindegewebsfasern sklerotisch werden. Diese Form ist unter dem Namen des Lichen ruber planus atrophicans bekannt, nach dessen Analogie unser Fall als Keratosis spinulosa atrophicans benannt werden kann. Das Auftreten des Lichen r. pl. atrophicans resp. die Entwicklung der einzelnen Planuspapeln und die

Digitized by Google

Dauer ihres Bestehens weicht nicht von dem gewöhnlichen atrophielosen Lichen planus ab, so daß man im voraus nicht beurteilen kann, ob im gegebenen Falle die entstandene Dermatose mit oder ohne Atrophiebildung verlaufen wird. Auch hier hängt alles ven der individuellen Disposition, oder mit anderen Worten ausgedrückt, von der Reaktionsfähigkeit der Gewebe ab.

In der Pathologie der Keratosis spinulosa spielen also jene histologischen Veränderungen, welche das anatomische Substrat der klinisch wahrnehmbaren Atrophien bilden, auch keine größere Rolle, wie die entzündlichen Vorgänge, die wie schon erörtert wurde, ebenfalls nur sekundäre Vorkommnisse sind und als solche in wechselnder Ausdehnung vorhanden sein oder sogar ganz fehlen können.

Wenn wir nun die Resultate der früheren und meiner eigenen Untersuchungen zusammenfassen wollen, so ergibt sich, daß dem Lichen spinulosus Crocker, welchen wir heute besser Keratosis spinulosa nennen, in der Pathologie der Keratosen ein eigener Platz einzuräumen ist. Klinisch präsentiert sich die Erkrankung in Form von kleinen, 1—2 mm langen, über das Hautniveau erhabenen Hornstacheln, welche der Haut beim Darüberstreichen eine reibeisenähnliche Rauheit verschaffen. Die Stacheln treten ausschließlich bei jungen Individuen auf und entwickeln sich ohne wahrnehmbare entzündliche Erscheinungen. Sie lokalisieren sich mit Vorliebe an der seitlichen Haargrenze des Nackens, an den Schultern und um die Regio scapularis, wo sie pfennig- bis dreimarkstückgroße Plaques bilden, können aber ausnahmsweise auch an beliebigen anderen Stellen der Haut vorkommen. Die Basis der Hornstacheln wird manchmal von einer normal gefärbten, oder hellrosaroten miliaren Papel gebildet. Histologisch ist die Erkrankung durch eine übermäßige Hornbildung gekennzeichnet, welche hauptsächlich intrafollikulär auftritt, dabei nimmt aber auch der intraepidermidale Abschnitt der Schweißdrüsenausführungsgänge und selbst das Keratin der interfollikulären Epidermis an der Hornstachelbildung teil. Neben der stachelförmigen Wucherung bilden sich aber auch Hornzapfen, welche intrafollikulär oder intraporal in die Tiefe der Haut dringen. Um diese Hornzapfen kann durch den, auf die Gefäße und die zelligen Elemente der Kutis ausgeübten Reiz eine mehr oder minder ausgesprochene Entzündung auftreten. Die pathologische Hornbildung tritt teils in Form einer Hyperkeratose, teils als Parakeratose auf, doch bildet die letztere keine besonders charakteristische Eigenschaft der Erkrankung und kann in manchen Fällen sogar ganz fehlen.

Digitized by Google

Haare und Talgdrüsen gehen in den befallenen Follikeln vollkommen zugrunde, die Knäuel der Schweißdrüsen leiden hingegen nicht von der Erkrankung. Die Krankheit heilt spontan, zumeist stellt sich vollständige Restitutio ad integrum ein, manchmal bleiben kleine atrophische Fleckchen zurück.

Literatur.

Adamson, H. G., Lichen pilaris seu spinulosus. Brit. Journ. of Derm., März 1905. — Audry, Ch., Keratosis circumpilaris. Monatsh. f. prakt. Derm., 1904, Bd. 38, S. 529. — Barbe, Kératose folliculaire (type Brooke). Soc. franç. de Derm., Juni 1901. — Bizzozero, E., Sur un cas de Lichen r. acum. etc. Ann. de Derm. et Syph., 1910, 2—3. — Blaschko, Demonstr. eines Falles von Lichen pilaris mit großen Atrophien in d. Berl. derm. Ges., 1903, Nr. 3. — Bottelli zit. nach Vignolo-Lutati. — Bowen, John T., Fall von Lichen spinulosus. Journ. of cutan. dis., Sept. 1906, Ref. Monatsh., 1906, Bd. 43, S. 647. — Du Castel et Bandoin, Kératose folliculaire villeuse. Soc. franç. de Derm., Mai 1901. — Crocker, R., Lichen pilaris seu spinulosus (Devergie). Diseases of the skin, 1888, S. 226. — Crocker, R., Acne keratosa. Brit. Journ. of Derm., Januar 1899. — Galloway, J., Fall von Lichen spinulosus. Derm. Ges., London, Juli 1899. — Gottheil, S. W., Akne keratosa. Amer. med. assoc. Journ., Juli 1904. Ref. Monath., 1904, Bd. 39, S. 679. — Giovannini, S., Histol. Untersuch. eines Falles von Akne cornea. Gaz. med. di Torino, 1899, Nr. 41. Ref. Monatsh., 1900, Bd. 30, S. 550. — Giovannini, S., Zur Histologie der Keratosis pilaris. Arch. f. Derm., 1902, Bd. 63. — Hallopeau et Jeanselme, Sur deux formes d'acné cornée. Soc. franç. de Derm. et Syph., April 1895. — Hallopeau et Macrez, Sur un nouveau cas d'acne kératique de Tenneson. Soc. franç. de Derm., Dez. 1895. — Lasareff, Keratosis pilaris. Ven.-derm. Ges. Moskau, Jan. 1900. Monatsh., 1900, Bd. 30, S. 294. — Lewandowsky, F., Üb. Lichen spinulosus. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 73. — Lewandowsky, F., Zur Kenntn. der Keratosis follicularis Morrow-Brooke. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 101. — Little, Gr., Fall von Keratosis follicularis. Demonstr. Londoner Derm. Ges., Januar 1901. Ref. Monatsh., 1901, Bd. 33, S. 20. — Mackenzie, St., Fall von Keratosis follicularis. Londoner Derm. Ges., Jul. 1899. Ref. Monatsh., 1899, Bd. 29, S. 436. — Piccardi, G., Keratosis pilaris u. Keratosis spinularis. Turin 1906, ausführliches Ref. in Monatsh., 1908, Bd. 46, S. 215. — Piccardi, G., Keratosis spinulosa. Giorn. ital. delle mal. vener., 1907, Bd. 3. Ref. Monatsh., 1907, Bd. 45, S. 309. — Saalfeld, Keratosis follic. univ. Demonstr. Berl. derm. Ges., 5. Dez. 1899. — Salinier, J. B. P., Keratosis spinulosa. Thèse de Toulouse, 1906, Nr. 651. — Savill, A. F., Case of Lichen plano-pilaris usw. Lancet, 1908, Nr. 28. — Stowers, Lichen spinulosus. Derm. Ges. v. Großbrit. u. Irland, April 1899. — Tennesson et Leredde, De l'acne kératique. Ann. de Derm. et de syph., 1895, S. 295. — Unna, P. G., Histopathologie. Berlin 1894, S. 293. — Vignolo-Lutati, C., Beitr. z. Stud. der Keratosis spinulosa. Monatsh. f. prakt. Derm., 1911, Bd. 52. — Wridenfeld, St., Üb. ein eigenart. Krankheitsbild v. Keratosis verrucosa. Arch. f. Derm., 1902, Bd. 63. — Weidenfeld, St., Lichen ruber planus mit Lichen spinulosusähnlicher Hyperkeratose. Demonstr. in der Wien. derm. Ges., 5. Nov. 1906.

Die hier nicht aufgezählten englischen Lichen spinulosus-Fälle siehe in Adamsons Arbeit.

Digitized by Google

Erklärung der Abbildung.

Schw. A. Durchschnitt eines Schweißdrüsenausführungsganges mit periporaler Hyperkeratose.
p. St. Poraler Stachel.
e. St. Einfacher, von drüsigen Hautorganen unabhängig gebildeter Stachel.
H. Starke einfache Hyperkeratose.
h. B. Homogenisiertes Bindegewebe, mit spärlichen Bindegewebszellen und Elastinresten.
f. Hz. Follikulärer Hornzapfen.
p. Hz. Poraler Hornzapfen.
i. St. Hornstachel, der dadurch entstanden ist, daß die Hornlamellen eines follikulären und poralen Hornzapfens in spitzem Winkel aufeinander stoßen.
J. Infiltrat.
E. Elastisches Gewebe.
H. Z. Hornzyste.

Versammlungen.

84. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster i. W.

vom 15.—21. September 1912.

(Schluß.)

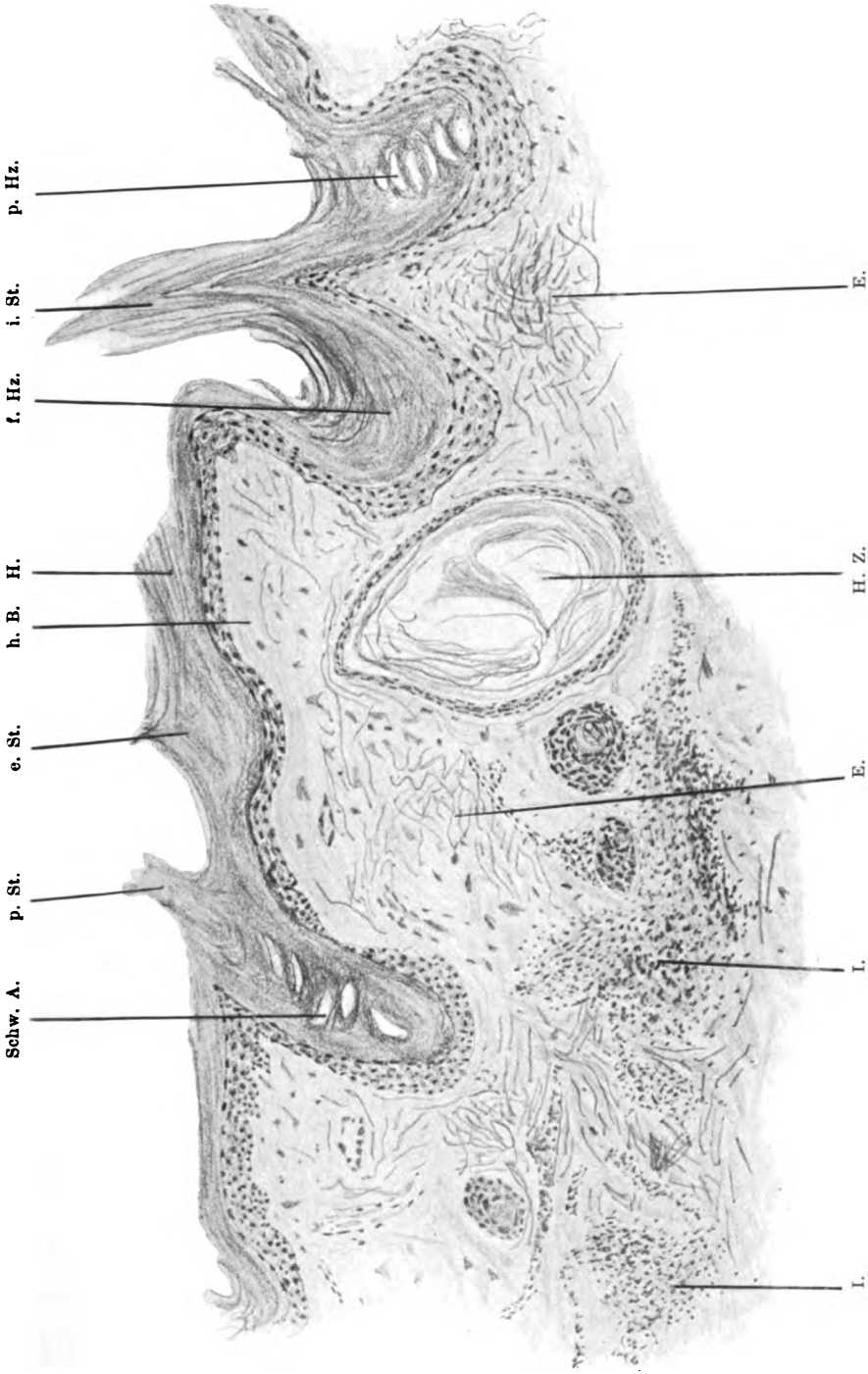
Abteilung 28: Dermatologie und Syphilis. Sitzung vom 19. September.

Vorsitzender: Delbanco-Hamburg. — Ehrenvorsitzender: Ehrlich-Frankfurt a. M.

M. Müller-Metz: **Vasocommotio cerebri, ein neuer Symptomenkomplex von Gehirnerscheinungen schwerster Art nach Salvarsaninfusion — eine Folge des „Wasserfehlers".** Bei vier Patienten, die am gleichen Tage mit einer vom Apotheker zu gleicher Zeit bereiteten „sterilen" Kochsalzlösung intravenös injiziert wurden — gewöhnliche Salvarsandosen — stellten sich schwere Störungen von seiten des Magen- und Darmtraktus ein. Bei einem Patienten traten sehr schwere, bedrohliche Gehirnsymptome hinzu, die mehrere Tage anhielten und beinahe den Exitus herbeigeführt hätten. M. hat unter vielen intravenösen Injektionen bisher keine Störung gesehen und führt diese unangenehmen Zwischenfälle auf eine mangelhafte Zubereitung der Kochsalzlösung zurück. Er empfiehlt dringend, alle zur Salvarsaninjektion erforderlichen Hilfsmittel selbst zu bereiten und selbst zu sterilisieren.

Stern-Düsseldorf: **Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan.** Vortr. berichtet über 130 Syphilitiker, die im Laufe eines Jahres ausschließlich mit Salvarsan behandelt wurden, 182 Injektionen mit saurer und ca. 500 mit alkalischer Lösung Zur Herstellung der alkalischen Lösung wurde die kleinste Menge Wasser benutzt, die eben noch möglich war (5—10 ccm). Für eine Kur kamen im allgemeinen fünf intravenöse Injektionen von 0,4—0,6 Salvarsan in 4—5 Wochen zur Anwendung. Von 41 mit saurer Lösung behandelten Fällen kamen 6 = 14,6% Rezidive zur Beobachtung, während 178 alkalische Fälle 14,1% Rezidive zeigten. Die Wassermannsche Reaktion wurde nach sauren Injektionen in 70,7% negativ, nach alkalischen in nur 57,0%. Die erste Nachprüfung fand nach 4 Wochen statt. Nach 10—12 Wochen konnten 11 Fälle nachgeprüft werden, die bei Entlassung noch positiv waren; sie waren alle negativ. Unter 17 Rezidiven war nach sauren Infusionen in 66,6% negativer Wassermann, nach

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

alkalischen in 54,5%. Die sauren Injektionen verdecken also trotz des Rezidivs den Wassermann. Von Bedeutung erscheint der hohe Prozentsatz von Rezidiven trotz negativen Wassermanns. Die negative WR. ist nach Salvarsanbehandlung also mit Vorsicht zu beurteilen.

Mit Neosalvarsan wurden 250 Injektionen gemacht und sämtlich gut vertragen. Stern bevorzugt wiederholte kleine Dosen.

Stühmer-Magdeburg: **Über Neosalvarsan** (erscheint in der Münch. med. Wochenschrift). Nach dem Vortr. kommen die sog. Arsen- und echten Serumexantheme durch einen Eiweißkörper zustande. Seine Tierversuche mit gelösten arteigenen Blutkörperchen zeigen, daß es eine echte Anaphylaxie gegenüber solchen Stoffen gibt. Er hält es daher für berechtigt, einen durch Blutveränderung bei Neosalvarsaninjektionen (Hämolyse, Reduktion) entstehenden körpereigenen Eiweißkörper zur Erklärung der in ihrer Ätiologie dunklen Exantheme und Spättodesfälle (6—10 Tage) heranzuziehen. Kleinere Dosen, vor allem Vergrößerung des ersten Intervalles oder intramuskuläre Anwendung, werden hier vorbeugend wirken. Er hält Neosalvarsan für besser als Salvarsan.

Heuck-Bonn: **Neosalvarsan.** Vortr. erblickt außer der einfachen Technik bei Zubereitung der Lösung in dem Neosalvarsan keinen Unterschied gegenüber dem Salvarsan. Bei 600 Injektionen sah er Temperatursteigerungen nur 15 mal, stärkere Magen- und Darmstörungen nur 12 mal, zweimal ein morbillöses Spätexanthem. Enzephalitis erlebte er bei Salvarsan dreimal, bei Neosalvarsan nie. Auf prämonitorische Initialsymptome dieser „Hirnschwellungen" (Schwellung der Lippen und Augenlider) ist mehr zu achten wie bisher. In einem mit Hautödem beginnenden Falle von Enzephalitis nach Salvarsan handelte es sich nach seiner Ansicht um einen Patienten mit angioneuritischer Disposition. Als Überempfindlichkeit gegen Neosalvarsan und Salvarsan müssen Beobachtungen gedeutet werden, bei denen bereits nach ganz kleinen Mengen Salvarsan oder Neosalvarsan Kongestionen, Atembeschwerden usw. auftreten, die zur Unterbrechung der Infusion veranlassen. Heuck hat das Neosalvarsan fast stets mit Hg-Behandlung kombiniert, und hier gibt er der alten Schmierkur den Vorzug. Der Ansicht Neissers, daß diese für eine gründliche Behandlung nicht ausreiche, kann er nicht beipflichten. In der klinischen Wirkung stehe Neosalvarsan hinter Salvarsan zurück.

Bei Lues I war nach vierwöchentlicher Behandlung (ob reine Salvarsan- oder kombinierte Behandlung) Wassermann negativ. Bei sekundärer Lues waren nach vier Wochen noch zwei Drittel positiv, sechs Wochen nach beendeter Kur i. e. nach fünf bis sechs Salvarsaninjektionen von 0,6—0,9 zeigten die ausschließlich mit Neosalvarsan behandelten Patienten noch in 50% positive Reaktion, auch bei Dosen bis zu 4,2 und 7,5.

Von den mit Hg kombiniert behandelten sekundären Fällen waren in der gleichen Zeit 80% negativ geworden, 13% zeigten eine abgeschwächte Reaktion, und nur 7% waren noch positiv. Bei Lues III war der Umschlag in die negative Phase nur langsam oder gar nicht zu erzielen.

Die Diskussion über diese vier Vorträge wird zusammen erledigt.

Ehrlich berichtet über die Dosis tolerata von Neosalvarsan beim Kaninchen; sie ist 0,3 pro Kilo. Er wundert sich, daß viele Beobachter gute, andere schlechte Erfahrungen mit Neosalvarsan gemacht haben und glaubt, daß die großen Dosen die Schuld mit tragen. Der wichtigste Faktor sei der „Wasserfehler". Mit „chemisch reinem" Wasser erhofft E. die besten Resultate vom Neosalvarsan. Auch warnt er vor der Herrichtung der Lösung in Bleigefäßen. Bei schweren Zuständen nach Salvarsan, wie in dem M. Müllerschen Falle, rät er zur Lumbalpunktion, wodurch häufig die Beschwerden gehoben wurden.

Lenzmann-Duisburg hält die schweren Gehirnsymptome in dem Falle Müller für

Digitized by Google

Hysterie. L. ist gegen die starke Verdünnung des Neosalvarsans, wie Stern dies will. Er will 0,15 Neosalvarsan in 25,0 Aqua dest. oder 0,4% Kochsalzlösung verdünnen.

Wichmann-Hamburg hält eine kleine Dosis Salvarsan von 0,3—0,5 für absolut ungefährlich und wendet sie stets in ambulanter Praxis an.

Schiff-Wien wendet sich gegen die leichtsinnige Anwendung des Salvarsans, welches er für das beste Antisyphilitikum hält. Er stellt an Ehrlich die Anfrage, warum gerade bei Salvarsan der Wasserfehler in Frage kommen soll und nicht auch bei anderen Infusionen.

Schreiber-Magdeburg möchte nur NaCl zur Verdünnung benutzen. Er zieht die großen Verdünnungen vor.

Dünzelmann-Leipzig berichtet über 40 Fälle von hereditärer Lues bei Kindern, die er mit 0,1—0,2 Neosalvarsan in die Kopfvene mit gutem Erfolge behandelt hat und warnt vor intramuskulärer und subkutaner Anwendung. Alle Kinder wurden mit negativem Wassermann entlassen.

Bering-Kiel erreicht mit kleinen Dosen Salvarsan dasselbe wie mit großen. 0,3 bis 0,4 viermal in 14 Tagen, dann Hg usw. Entgen Dünzelmann bevorzugt er bei Kindern 0,1—0,15 Neosalvarsan in die Glutäen und nicht in die Vene. Durch vielseitige Behandlung der hereditären Lues hat er den Wassermann nicht negativ bekommen.

Sitzung vom 20. September. Vorsitzender: Bering-Kiel.

Bering-Kiel: **Über Syphilis congenita tarda.** Die Syphilis tarda tritt stets als tertiaria auf: Hutchinsonsche Zähne, Knochenverkrümmungen, Kapselschwellungen im Kniegelenk, Keratitis parenchymatosa, Sattelnase, weniger ulzeröse Prozesse, Muskelgumma; Rezidive stets am selben Organe. Als Therapie zu empfehlen Salvarsan in kleinen Dosen.

M. Müller-Metz: **Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Kontrolle der Prostituierten und für die allgemeine Prophylaxe der Syphilis.** Vortr. will die Untersuchung aller Puellae nach Wassermann zweimal jährlich staatlich durchgeführt haben; bei positivem Wassermann wünscht er Zwang der Behandlung. Jedoch glaubt Müller, daß 5 Jahre nach der Infektion trotz positivem Wassermann keine Behandlung erforderlich sei, wenn sonst die nötigen Kuren nach alter Art nachweislich durchgeführt sind.

Delbanco-Hamburg: Wenn positiver Wassermann ein Symptom ist, so muß ich behandeln, einerlei ob 2 oder 5 Jahre nach der Infektion vergangen sind.

Bering-Kiel will bei positivem Wassermann die Puella internieren und unter Aufsicht behandelt wissen.

Löwenberg-Düsseldorf hält es für ausgeschlossen, bei einer Puella die Wahrheit über die Dauer ihrer Lues zu erfahren.

Heuck-Bonn: **Behandlung von Hautkrankheiten mit Menschenserum.** Von der Kochsalzinfusion hat H. keine Erfolge bei Hautkrankheiten gesehen. Auch von der Seruminfusion nach Mayer und Linser hatte er keine heilenden Erfolge bei Psoriasis, Neurodermitis und chronischem Ekzem. Dagegen erzielte er bei einem Pemphigusfalle günstigen Erfolg, doch keine Heilung. Mehrere Pruritus-, Strophulus- und Urtikariafälle wurden günstig beeinflußt oder geheilt. Vortr. benutzt stets artgleiches Serum, das er 20—30 Minuten nach Entnahme und erforderlicher Defibrinierung injiziert.

Löwenberg-Düsseldorf. Das Serum ist selbst noch am anderen Tage wirksam.

Veiel jun.-Cannstatt hat nach der ersten Injektion bei Schwangerschaftsdermatosen stets Nachlassen des Juckens beobachtet, nach der zweiten Injektion nach 6 bis

Digitized by Google

7 Tagen war der Zustand tadellos. Am besten sind die Erfolge bei Urtikaria; doch sind Rückfälle nicht ausgeschlossen.

Löwenberg-Düsseldorf hat zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis nach der achten Injektion mit Serum geheilt.

Bering-Kiel hat nicht so gute Erfolge mit Serum. Kochsalzinfusionen sind auch nach seiner Meinung wirkungslos.

Heuck-Bonn. Das Serum muß frisch und gleichen Geschlechts sein, um günstig zu wirken.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band 13, Nr. 1.

Die Karbolsäure in der Behandlung der Lepra, von Ambrogio Bertarelli-Mailand. Bei einem Kranken mit makulöser Lepra und Erscheinungen von Hyper- und Hypoästhesie, mit schlechtem Allgemeinbefinden und hoher Körpertemperatur erzielte B. durch subkutane Injektionen von 3 ccm einer 1%igen Karbolsäurelösung Temperaturabfall, Heilung der Lepraknoten und erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens.

Salvarsan bei Lepra, von J. Peyri Rocamora-Barcelona. Salvarsan beeinflußt günstig frische, tuberöse Lepraerscheinungen unter Besserung des Allgemeinzustandes; es vermindert die Zahl der Leprabazillen und ist ohne Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion bei Lepra.

Immunisierung, von Donald H. Currie und Moses T. Clegg. Die Verfasser konnten nach der Methode von Bordet und Gengou den Leprabazillus nicht von anderen säurefesten Mikroorganismen differenzieren. Extrakte von anderen säurefesten Bazillen als von den Leprabazillen lenken das mit Lepraserum kombinierte Komplement ab. Die Verfasser gewannen spezifische Agglutinine durch Impfung von Pferden mit Kulturen von Leprabazillen.

Weitere Beobachtungen bei Rattenlepra, von Donald H. Currie und Harry T. Hollmann. Die Verfasser suchten den Rattenleprabazillus zu kultivieren; es gelang ihnen nicht. Sie konnten einen säurefesten Streptothrix in Reinkultur gewinnen, den sie aber nicht für die Leprabazillen der Ratte ansehen.

Versuche mit einer spezifischen Lepratherapie, von Donald H. Currie und Moses T. Clegg. Toxine von Leprabazillen, nach der Methode von Kochs Alttuberkulin gewonnen, haben wenig oder gar keinen Wert bei der Behandlung der Lepra. Pferdeserum schien auch nach den Versuchen der Verfasser die leprösen Erscheinungen unbeeinflußt zu lassen. Die gewöhnliche Lepravakzine, hergestellt aus abgetöteten Leprabazillen, kann nicht zur Behandlung der Lepra empfohlen werden. Mit lebenden Leprareinkulturen erzielten die Verfasser keine Erfolge, empfehlen aber weitere Versuche damit, wobei allerdings nur kleine Dosen anzuwenden sind, um Abszeßbildung zu vermeiden. Ein Literaturverzeichnis von 125 Nummern schließt die Arbeit.

Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 14, Nr. 3.

Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? von A. Blaschko. B. empfiehlt, die Zahl der während eines Monats in die Sprechstunde gekommenen Geschlechtskranken zu-

Digitized by Google

sammenzuzählen und davon die bis zum Schlusse des Monats entlassenen abzuziehen. Welchen Monat man zur Zählung verwendet, ist ziemlich gleichgültig; nur sollte man den Weihnachtsmonat, ferner die Reisemonate der Ärzte, Juli, August, zu vermeiden suchen.

Über die sanitäre Überwachung der Prostitution in Bremen, von O. Weidanz. Die Vorteile des allbekannten Bremer Kasernierungssystems bestehen in erster Linie darin, daß die Prostitution nach Möglichkeit von der Straße zum Verschwinden gebracht und eine Belästigung der Bevölkerung durch Zuhälterunwesen fast völlig vermieden wird; außerdem kann die ärztliche Überwachung in ausgiebiger Weise stattfinden und jede erkrankte Prostituierte sofort durch Krankenhausbehandlung unschädlich gemacht werden. Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Die Purpura, von Goffredo Sorrentino. (Ancona, Tipografia economica 1910.) Die verschiedenen Formen der Purpura sind keine wahren Erkrankungen, sondern nur hämorrhagische Syndrome. Darunter existieren aber klinische Komplexe, welche ohne den absoluten Beweis ihrer Selbständigkeit und Spezifizität zu liefern, doch ein derartig konstantes, sich immer wiederholendes Bild bieten, daß man die Berechtigung hat, sie als spezielle klinische Formen oder sogar als wahre Krankheitseinheiten anzusehen. Hierher gehören 1. der wahre epidemische Skorbut, 2. der Typus angiohaematicus von Landouzy-Gomot, 3. die Purpura fulminans von Henoch, 4. der Morbus maculosus Werlhofi, 5. die Peliosis von Schönlein und 6. die Purpura annularis teleangiectodes Majocchi.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Zeugung unter Blutsverwandten, von Hermann Rohleder. (Georg Thieme, Leipzig 1912.) Mit diesem neuen Bande hat der auf dem Gebiete der Sexualwissenschaften rastlos tätige Verfasser entschieden eine Lücke ausgefüllt. Denn es existierte bisher kein Werk, welches die Zeugung unter Blutsverwandten (Konsanguinität, Inzucht, Inzest) einer allseitigen wissenschaftlichen Beleuchtung unterwirft. Das Buch reiht sich seinem direkten Vorgänger, der „Zeugung beim Menschen", würdig an.

A. Gunsett-Straßburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Lagerung und Darstellung der Spirochäten nach Levaditi in Manifestationen primärer und sekundärer Lues, von Rudolf Nieckau. (Diss., Königsberg 1912.) Verfasser gibt zunächst ausführlich die in der Literatur niedergelegten Befunde wieder. Seine eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf zusammen ca. 50 Fälle von Primäraffekten, breiten Kondylomen, Roseolen und Papeln. Er schickt voraus, daß ihm ein merkwürdiger Unterschied in der Silberimprägnation der Spirochäten in Primäraffekten und den Efflorszenzen der sekundären Lues aufgefallen ist. Die in Primäraffekten gefundenen Spirochäten zeigten im Durchschnitt eine sehr gute gleichmäßige Imprägnation in ihrer ganzen Länge, während in Papeln und Kondylomen die sehr spär-

Digitized by Google

lich gefundenen Spirochäten großenteils nicht diese deutliche Färbung zeigten, wenigstens nicht in ihrer ganzen Länge. Neben relativ gut gefärbten Gebilden fanden sich in den sekundären Syphiliden blasse Spirochäten, die erst bei mehrfachen Bewegungen des Objektivs deutlicher in die Erscheinung traten. In vielen Fällen waren nur einige Windungen deutlich sichtbar und gut imprägniert, während der übrige Teil der Spirochäte blaß gefärbt und oft punktiert erschien. Die Methode der Imprägnation war genau dieselbe bei Primäraffekten, wie bei Papeln, Kondylomen und Roseolen, und die Silberung der Präparate im allgemeinen auch genau so gut gelungen wie die der Primäraffekte. Um so auffallender erschien daher dieser spärliche Befund und die schlechte Färbbarkeit der Spirochäten in den sekundär-luetischen Effloreszenzen. Ferner zeigte sich, besonders bei der Lagerung einzelner Spirochäten, im Bindegewebe, wenn außerdem noch ein zelliges Infiltrat vorhanden war, daß es oft fast zu den Unmöglichkeiten gehört, eine einzelne Spirochäte mit nicht besonders deutlich ausgeprägten Windungen von einer danebenliegenden feinen Bindegewebsfaser zu unterscheiden, denn auch diese zeigten sehr oft Schlängelung und sogar regelmäßige Windungen. Diese Schwierigkeiten wurden noch durch den Umstand erhöht, daß die Spirochäten in ihrer Lagerung sich sehr oft Bindegewebsfasern anschließen. Oftmals waren auch die Zellgrenzen stärker imprägniert als der übrige Körper der Zelle, und da auch hier sehr oft Windungen vorhanden waren, so konnte sehr leicht eine oder auch mehrere der Zelle anliegende Spirochäten vorgetäuscht werden. Körnige Zelleinschlüsse, von denen in der Literatur vielfach gesprochen wird, hat Verfasser in fast allen Präparaten sehen können; manche waren mit dunklen Punkten wie übersät. Hierbei handelte es sich zweifellos um reduzierte Silberniederschläge in dem Gewebe, wofür schon die unregelmäßige Färbung und ungleiche Größe dieser Partikeln sprach. Aber auch in den Zellen selbst, besonders in denen der Epidermis, fanden sich sehr oft Büschel und sternförmige Einschlüsse. Es ist wahrscheinlich, daß es sich bei diesen in die Zellen eingeschlossenen Gebilden um geronnenes Zellprotoplasma handelt, das mit der Silberlösung sich imprägniert hat. Stabförmige Gebilde mit Einkerbungen hat Verfasser ebenfalls oft gesehen an der Oberfläche, besonders bei breiten Kondylomen der Vulva und auch bei einer Plaque. Sie erschienen jedoch viel dicker als Spirochäten, und außerdem lagen vielfach in ihrer Nähe Kokken, so daß er geneigt ist, diese Gebilde für Bazillen zu halten, was ja auch nach ihrer Lagerung im Mund und am Genitale wahrscheinlich erscheint. Bei Roseolen hat Verfasser überhaupt keine Spirochäten finden können. Was die Lagerung der Spirochäten in den untersuchten Präparaten anbelangt, so konnte Verfasser einen durchgreifenden Unterschied in der Lagerung bei Primäraffekten einerseits und Papeln und Kondylomen andererseits nicht feststellen. Bei drei Primäraffekten fanden sich ungeheure Mengen von Spirochäten in den Lymphspalten des Infiltrats und dem Bindegewebe. Häufig lagen sie auch in den Lymphgefäßen selbst oder besonders in deren Wand. In Zellen eingeschlossen hat Verfasser weder Spirochäten finden können, noch solche Gebilde, die er für sichere Reste von Spirochäten halten konnte. In einem Primäraffekt fanden sich zahlreiche typische und auch zerfallene Spirochäten in kleinen Häufchen, die der Größe und Form einer größeren Gewebszelle, resp. eines Leukozyten wohl entsprachen, doch kann von einer sicheren intrazellulären Lagerung auch hier nicht die Rede sein, da eine sichere Zellgrenze und ein Zellkern nicht nachzuweisen war. In der Wand von Blutgefäßen sah Verfasser gleichfalls Spirochäten liegen bei Primäraffekten und breiten Kondylomen. Auch Nieckau fand, wie wohl alle Verfasser, im dichten Infiltrat den Spirochätenbefund sehr spärlich. Die meisten Organismen befanden sich an solchen Stellen, wo ein geringes Infiltrat vorhanden war und das Gewebe eine leicht ödematöse Beschaffenheit zeigte. Der Spirochätengehalt war — besonders bei den Primäraffekten —

Digitized by Google

am stärksten in den obersten Hautschichten, während er nach der Tiefe zu an Dichtigkeit abnahm. In einem Primäraffekt allerdings lagen auch in den tieferen Bindegewebsschichten sehr zahlreiche Spirochäten. Sie waren büschel- und sternförmig angeordnet und schlossen sich in anderen Exemplaren dem Verlaufe der Bindegewebsteile an. Viele lagen auch parallel, dicht nebeneinander. Bilder in der Art, wie sie in der Literatur beschrieben sind, daß ein Teil einer Spirochäte in einer Zelle eingeschlossen war, während der übrige Teil daraus hervorragt, hat Verfasser nicht entdecken können. Bei einem breiten Kondylom und einer psoriatischen Papel lagen spärliche Spirochäten, unvollkommen gefärbt, gleichfalls im Bindegewebe. In manchen Präparaten war es auffallend, daß sich in einem Infiltrat, welches alle Übergänge von Dichte zeigte — ein Beweis, daß der Schnitt die richtige Stelle getroffen hatte — und dessen Färbung sehr gut gelungen war, dennoch keine Spirochäten fanden. Bei einem Primäraffekt sowohl als auch ganz besonders bei den spärlichen Befunden in sekundären Effloreszenzen fiel die oft ziemlich scharf herdförmig begrenzte Lagerung der Spirochäten auf, so daß es möglich war, in dem Primäraffekt einen solchen Herd durch viele Schnitte zu verfolgen. Diese Beobachtung erklärt es vielleicht, daß man bei manchen sicheren Primäraffekten keine Spirochäten im Dunkelfeld nachweisen kann, nämlich aus dem Grunde, weil man den Spirochätenherd nicht getroffen hat.

Bei der Erörterung der Frage, wodurch die große Menge negativer Resultate, die bei der Levaditimethode zutage treten, zu erklären ist, denkt Verfasser an drei Möglichkeiten: die Levaditimethode hat den Nachteil, daß bei der Imprägnation diejenigen Stellen des Präparates, die an der Oberfläche liegen, am stärksten gefärbt werden, so daß es denkbar erscheint, daß in der Tiefe liegende Spirochäten oftmals nicht in genügendem Maße von der Silberlösung angegriffen werden. Zweitens könnte man annehmen, daß die biologische oder chemische Konsistenz des Gewebes eine andere ist beim Primäraffekt als bei den sekundären Syphiliden. Drittens wäre es noch denkbar, daß die Spirochäten selbst eine andere chemisch biologische Beschaffenheit im Primäraffekt haben als in den Effloreszenzen der sekundären Lues. Diese veränderte Beschaffenheit könnte hervorgerufen sein bei der Wanderung durch den Körper nach der Oberfläche zu im Kampf gegen die Antistoffe oder auch durch die dem Körper einverleibten gegen die Spirochäten wirkenden Medikamente, da es sich bei einem großen Teil der exzidierten Papeln und Kondylome um rezidivierende Lues gehandelt hat.

Bei vielen Präparaten wurde der Versuch gemacht, die Dauer der Silberimprägnation zu verkürzen oder zu verlängern, ferner wurde auch die Konzentration der Silber- und Pyrogalluslösungen erhöht oder abgeschwächt, um das Imprägnationsvermögen der Spirochäten zu untersuchen. Schließlich wurden noch einige Levaditischnitte nach Giemsa nachgefärbt, mitteilenswerte Resultate wurden jedoch durch diese Versuche nicht erzielt. Ebenso wurde versucht, die Präparate ohne vorherige Härtung sofort zu silbern oder sie nur vor der Silberung in Wasser auszuwaschen. Allein auch hierdurch war es nicht möglich, die Ergebnisse der Untersuchungen zu verändern. Fritz Loeb-München.

Experimentelle Untersuchungen über Syphilis (Chemotherapie und Impfsyphilis der Kaninchen), von Paul Uhlenhut-Straßburg. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 11.) Durch Impfung mit menschlichem spirochätenhaltigem Saugserum wurde eine syphilitische Hodenentzündung bei Kaninchen erzeugt (Orchitis und Periorchitis syphilitica). Durch fortgesetzte Weiterimpfung dieses syphilitischen Hodenmaterials (bis zu 20 Passagen) gelang es, das Virus für Kaninchen so hochpathogen zu gestalten, daß intravenöse Impfungen von stark spirochätenhaltigen Hodenaufschwemmungen in fast 100% typische Allgemeinsyphilis zur Folge hatten. Die Erscheinungen begannen 6 bis 8 bis 10 Wochen nach der Impfung mit einem „Prodomalstadium" mit Abmagerung,

Digitized by Google

struppigem Haar und verminderter Freßlust. Bald nachdem traten charakteristische, in der Haut gelegene Knoten an der Nasenöffnung auf, darauf auch am Schwanz und an anderen Stellen der Gesichtshaut. Alle enthalten massenhaft Spirochäten. Auch papulo-ulzeröse, zirzinöse Syphilide wurden beobachtet, Haarausfall, Hornhautentzündungen und primäraffektähnliche Knoten in der Nähe der Scheide. Erkrankungen innerer Organe traten zwar nicht auf, doch gelang es durch Impfung mit Milz-, Leber-, Knochenmarkbrei allgemein-luetischer Kaninchen typische luetische Affektionen im Hoden gesunder Kaninchen zu erzeugen. Die experimentelle Impfsyphilis reagierte prompt auf Behandlung mit Hg und Atoxyl.

Auch Fragen der hereditären Syphilis sind auf diese Weise bereits in Angriff genommen; so gelang es, durch intravenöse Impfung schwangerer Kaninchen syphilitische Junge zu erzeugen.

Danach erscheinen die Kaninchen als außerordentlich brauchbare Experimentaltiere zum Studium der Pathologie und Therapie der Syphilis, vorausgesetzt, daß genügend virulentes Virus vorhanden ist. H. Lautsch-Graudenz.

Über „perkutane" Infektion mit Spirochäten des russischen Rückfallfiebers, der Hühnerspirochätose und der Kaninchensyphilis, von Dr. phil. Schellack-Berlin. (Arb. aus dem K. Gesundheitsamt, 1912, Bd. 40, H. 1.) Von den Ergebnissen der sehr zahlreichen, mühsamen Versuche interessiert uns nur das folgende: Aufträufeln von infektiösem syphilitischem Material bei Kaninchen auf Skrotalhaut und in den Präputialsack führte zu keiner Infektion, wohl aber konnte auf diese Weise Sklera, Nickhaut und Kornea wiederholt infiziert werden (durch Syphilisspirochätennachweis verifiziert); hier muß man mikroskopisch kleine Epitheldefekte annehmen.

H. Lautsch-Graudenz.

Über experimentelle Syphilis bei Kaninchen, von J. Finkelstein-Moskau. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32.) Verfasser hat durch Impfung von Kaninchen mit menschlichem Syphilismaterial in die vordere Augenkammer eine tiefe Skrotaltasche und intravenös (nach Uhlenhuth) primäre, sekundäre und tertiäre Lues erzeugen können, die sich kaum von der menschlichen unterscheidet. Neu sind Erzeugung einer luetischen Konjunktivitis und Tarsitis mit positivem Spirochätenbefund. Das menschliche Virus wird durch Kaninchenpassagen wesentlich verstärkt.

H. Lautsch-Graudenz.

Zur Frage der experimentellen Syphilis bei den Kaninchen, von J. Finkelstein-Moskau. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 21.) Als Ausgangsmaterial seiner Versuche über die experimentelle Syphilis bei Kaninchen dienten Verfasser zwei Kaninchen mit harten Schankern (3. Passage des syphilitischen Virus) aus dem Laboratorium von Prof. Ehrlich. F. benutzte zu seinen Versuchen kleine Kaninchen von ca. 1600 g Gewicht, vorwiegend Albinos, welche er nach der Methode von Tomaschewski impfte, wobei er in 53,3%, nämlich in 24 unter 45 Versuchen, ein positives Resultat erhielt. Gleich anderen Forschern beobachtete auch F. eine deutliche Zunahme der Virulenz des Impfmaterials mit zunehmender Passage, die sich in 33,3% positiver Impfung bei der 4. und 5. Passage und in 64,3% positiver Impfung bei der 10. und 11. Passage ausdrückte. Entgegen den Angaben anderer Untersucher konnte aber von F. keine Verkürzung der Inkubation und des Verlaufes des ganzen Prozesses konstatiert werden. Von den 45 geimpften Kaninchen bekamen 24 harte Schanker, 4 sekundäre und 3 tertiäre Erscheinungen. Was nun diese einzelnen Stadien anbetrifft, so betrug die Inkubation im Primärstadium durchschnittlich $2^1/_2$—$3^1/_2$ Wochen, dabei als kürzester Termin $2^1/_2$ und als längster 7 Wochen. In 21 unter den 24 Fällen mit harten Schankern wurden dieselben spontan in $1^1/_2$—7 Monaten, in einem Falle in $6^1/_2$ Monaten, in zwei Fällen, bei Be-

Digitized by Google

handlung mit Salvarsan, schon in 8—14 Tagen resorbiert. Der Primäraffekt beginnt beginnt meist am Ort der Einspritzung als punktförmiges Knötchen, welches sich alsbald vergrößert und verhärtet. In vier Fällen unter den 24 Kaninchen mit Primäraffekten wurden nach einigen Wochen, resp. Monaten, nach Verheilen des Primäraffektes, sekundäre Erscheinungen in Gestalt von Wucherungen, die an Papeln erinnerten, beobachtet; diese hielten sich 3 Wochen in statu quo und wurden dann in $2^1/_2$—3 Wochen aufgesaugt. Drei von den 24 Kaninchen bekamen später auch noch tertiäre Erscheinungen, das eine in Gestalt derber Knoten von etwa Bohnengröße auf dem Skrotum, welche $4^1/_2$ Monate nach der Impfung und $3^1/_2$ Wochen nach Schwinden der sekundären Erscheinungen auftraten, das andere in Form einer gummösen Orchitis und das dritte ohne vorhergegangene sekundäre Erscheinungen als spirochätenhaltiges Granuloma der rechten Nasenpartie. Die Wassermannsche Reaktion fiel bei größeren Geschwüren, 6 bis 7 Wochen nach der Infektion, in 42% und im sekundären wie tertiären Stadium stets positiv und bei Fehlen der Erscheinungen stets negativ aus. Die Reaktion der Agglutination ergab bei allen 24 Kaninchen ein negatives Resultat. Arth. Jordan-Moskau.

Verimpfungen von Blut und anderen Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen, von P. Uhlenhuth und P. Mulzer-Straßburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 64, Festschrift für F. Loeffler.) In Fortsetzung früherer Versuche kamen Verfasser bei den weiter ausgedehnten vorliegenden zu folgenden Ergebnissen. Das Blut von Syphilitikern der primären Krankheitsperiode (Primäraffekt mit [positiver Wassermann] und ohne [negativer Wassermann] deutlicher Lymphdrüsenschwellung) vermochte, in die Hoden von Kaninchen verimpft, in den beiden bisher untersuchten Fällen typische spirochätenhaltige Hodensyphiloma hervorzurufen. Das Blut von Syphilitikern der primären Krankheitsperiode kann also infektiös sein selbst zu einer Zeit, wo noch keine deutliche lokale Lymphdrüsenschwellung und noch keine positive Wassermannsche Reaktion vorhanden ist. In gleicher Weise ist das Blut von Syphilitikern der sekundären Krankheitsperiode infektiös, da dasselbe stets positive Impfresultate ergab. Das Blut von Syphilitikern der Tertiärperiode hat bis jetzt nur negative Impfresultate geliefert. Das Blutserum verschiedener sekundärsyphilitischer Menschen hat sich im Tierexperiment als infektiös, das Sperma eines allgemein-syphilitischen Mannes bei der Verimpfung desselben in den Kaninchenhoden als sehr virulent erwiesen. Milch und Spinalflüssigkeit syphilitischer bzw. metasyphilitischer Menschen ergaben bei der Verimpfung bisher ein negatives Resultat. Die spezifische Behandlung hatte in einem Falle anscheinend einen Einfluß auf die Infektiosität des Blutes, was sich in dem geringen Prozentsatz der erkrankten Tiere dokumentiert. Die nach wechselnder, meist recht langer Inkubationszeit im geimpften Hoden auftretenden syphilitischen Erkrankungen sind übrigens so wenig charakteristisch ausgeprägt, daß nur eine große Übung sie als kleine, meist zirkumskripte Verdickungen im Hodenparenchym (Orchitis circumscripta syphilitica) palpatorisch wahrnehmen läßt. Die vorliegenden Befunde geben ein interessantes Bild von der Infektiosität der Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen; die überraschende Häufigkeit der positiven Impfungen mit Blut mahnt alle diejenigen zur Vorsicht, die sich mit Operationen an Syphilitischen zu beschäftigen haben (Ärzte, Zahnärzte, Hebammen usw.). Nachdem Verfasser auch experimentell die frühzeitige Durchseuchung des Organismus mit den Erregern der Syphilis nachweisen konnten, so sehen sie darin einen Fingerzeig für den auch in der Praxis vielfach konstatierten geringen Erfolg der Exzision des Primäraffekts. Bezüglich weiterer höchst interessanter Einzelheiten der Untersuchungsergebnisse muß auf das Original verwiesen werden. Stern-München.

Gelungene Verimpfung von Blut, Blutserum und Sperma syphilitischer

Digitized by Google

Menschen in die Hoden von Kaninchen, von UHLENHUTH und MULZER-Straßburg i. E. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Die hier publizierten Versuche lassen das Kaninchenexperiment als wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei der Syphilis erscheinen. Es gelang nämlich, durch Injektion von anscheinend spirochätenfreiem (Dunkelfeld) Blut eines Syphilitikers in die Hoden des Kaninchens nach 8 Wochen eine diffuse Orchitis syphilitica zu erzeugen mit positivem Spirochätenbefund. Ferner gelang es, positive Impfresultate zu erzielen durch Hodenimpfungen mit mikroskopisch spirochätenfreiem Blut, Blutserum und Sperma eines Syphilitikers. Wichtig ist der hierdurch erbrachte Nachweis, daß Blut, Serum und Sperma von Syphilitikern der sekundären Periode, auch wenn anscheinend keine Spirochäten in ihnen nachweisbar sind, unter Umständen infektiös sind. In Anbetracht der bisherigen zahlreichen vergeblichen Impfversuche mit Blut, Sperma usw. auf Affen sind diese Ergebnisse besonders bemerkenswert.

Arthur Schucht-Danzig.

Untersuchungen über die experimentell erzeugte luetische Meningoencephalitis, von J. VANZETTI. (Pathologica, 1912, Nr. 83.) Verfasser konnte dadurch, daß er ein aktives Syphilisvirus subdural einführte, in einigen Fällen bei Kaninchen einen spezifischen Prozeß in den Meningien und dem Gehirn hervorrufen. Die Dura zeigte wenige Tage nach der Einimpfung eine bald diffuse, bald herdweise, besonders in der Umgebung der Gefäße lokalisierte lymphozytäre Infiltrierung, welche in den einzelnen Fällen einen verschiedenen Grad von Stärke hatte und besonders in den tieferen Schichten ausgesprochen war. Die Pia beteiligt sich in stärkerem Maße: die granulomatöse Infiltrierung erreicht höhere Grade und bewirkt eine Verdickung dieser Membran: sie besteht vorwiegend aus kleinen Rundzellen, aus lymphozytenähnlichen Uninukleierten und aus einer mehr oder minder großen Menge von Plasmazellen, welche die subarachnoidealen Räume und Maschen ausfüllen und die normale Struktur dieser Häute vorstellen. Die genannten Elemente sind mit Vorliebe perivaskulär angeordnet. Zuweilen dehnt sich das Granulationsgewebe über die Dura aus, mit der Folge einer Verwachsung der Membranen.

Der Prozeß befällt auch das Hirngewebe. Er dehnt sich entweder längs den adventitiellen Scheiden der von der Pia in das Gehirn eindringenden Gefäße aus und es entstehen perivaskuläre Lymphozytenmuffe, oder diese perivasale Infiltrierung erreicht die Kapillare und dehnt sich in der Hirnsubstanz aus, wobei der Prozeß sogar die weiße Substanz erreichen kann. Zuweilen entstehen ähnliche Neubildungen, wie sie SIEMERLING und OPPENHEIM hier charakteristisch für die Syphilis des Nervensystems halten.

In den meningealen und zerebralen Läsionen waren keine Spirochäten nachweisbar.

K. Rühl-Turin.

Die Luetinprobe für Syphilis. Ein vorläufiger Bericht über 44 Fälle, von R. B. H. GRADWOHL-St. Louis. (Med. Record, 25. Mai 1912.) Die Hautreaktion nach Anwendung des von NOGUCHI dargestellten Luetins war stets negativ bei primärer Syphilis, oft negativ bei sekundärer, noch nicht behandelter Syphilis und ebenso in einzelnen Fällen von latenter Syphilis und parasyphilitischer Erkrankung, dagegen positiv in allen tertiären Fällen und bei behandelter sekundärer Lues, besonders nach einer Salvarsaninjektion. Irgend eine Beziehung zum Ausfall der stets gleichzeitig vorgenommenen WASSERMANNschen Reaktion konnte nicht gefunden werden: der WASSERMANN war oft positiv, wenn die Luetinprobe negativ war und umgekehrt.

Das Luetin NOGUCHI sollte stets auf Eis aufbewahrt werden und ist vor dem Gebrauch jeweils mit zwei Teilen steriler Kochsalzlösung zu verdünnen. Die Injektion wird intrakutan vorgenommen, am besten mit einer sehr dünnen Nadel. Die Reaktion zeigt sich entweder in Form einer großen, erhabenen, roten, indurierten Papel, die 5—10mm

Digitized by Google

im Durchmesser mißt, nach 48 Stunden aufzutreten pflegt und von einem diffusen roten Hof umgeben ist. Die Reaktion hält meist eine Woche an. Andererseits kann die Reaktion in einer pustulösen Form auftreten, mit ödematösen Veränderungen und zahlreichen kleinen Bläschen rings um die Papel, mit zentralem Zerfall und Hautdefekt.

W. Lehmann-Stettin.

Serodiagnose und Kutireaktion für die Syphilisdiagnose, von Bellantoni. (Gaz. degli osped., 1912, Nr. 54.) Der Verfasser stellte Versuche mit Luetin, dem von Noguchi hergestellten Produkte an, welches wie das Tuberkulin in der Pirquetschen Reaktion angewandt wird. Alle Fälle von aktiver Syphilis gaben einen positiven Ausfall der Reaktion.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Wassermannsche Reaktion bei der Krankenhauspraxis, von Tuschinski und Iwaschenzow. (Rußki Wratsch, 1912, Nr. 13—15.) Die Schlußfolgerungen von T. und I. lauten über die Wassermannsche Reaktion folgendermaßen: Bei Ausführung derselben muß man sich an die ursprünglichen Vorschriften von Wassermann halten und unbedingt mit mehreren auf verschiedene Weise hergestellten Antigenen arbeiten. Die bei der Reaktion anzuwendenden Flüssigkeiten muß man am Tage der Untersuchung titrieren. Die besten Resultate erhält man mit einem wäßrigen Antigen. Die aus syphilitischer Leber hergestellten alkoholischen und Azetonantigene geben zwar im allgemeinen sehr gute Resultate, aber zuweilen erhält man doch eine nicht spezifische Hemmung. Das alkoholische Antigen aus dem Herzen eines Meerschweinchens steht den Extrakten aus syphilitischen Organen nach.

Die Aortenaneurysmen geben in der Regel eine stark positive Reaktion, desgleichen Aortenklappenfehler in 68%; bei Mitralklappenfehlern fällt dagegen die Reaktion in der Regel negativ aus. Von den Erkrankungen der Leber ergibt die atropische Leberzirrhose in der Hälfte der Fälle eine positive, die hypertrophische und gemischte Zirrhose in der Regel eine negative und die gelbe Leberatrophie meist eine positive Reaktion. Positiver Wassermann in vereinzelten Fällen von akutem und subakutem Gelenkrheumatismus bei jungen Menschen läßt eine hereditäre Lues vermuten. Eitrige und sklerotische Veränderungen des Rachens auf syphilitischer Basis geben eine stark positive Reaktion, sonst stets eine negative. Bei Karzinom und Sarkom ist die Reaktion eine negative. Bei Geschwülsten der Brusthöhle deutet eine positive Wassermannsche Reaktion auf Aneurysmen, eine negative auf eine Neubildung. Bei Bleivergiftung ist die Reaktion negativ. Bei Malaria und Rekurrens erhält man eine schwach positive Reaktion. Fieberhafte Erkrankungen als solche geben eine negative Reaktion. Manifeste Syphilis gibt in der Regel eine deutliche positive Reaktion, dasselbe ist der Fall bei frischen Erkrankungen des Zentralnervensystems auf luetischer Basis, dagegen ist die Reaktion bei allen mit Syphilis nicht zusammenhängenden Krankheiten des Zentralnervensystems immer negativ. Bei Tabes dorsalis fällt die Wassermannsche Reaktion in 75%, bei progressiven Paralysen in 100% positiv aus. Unter Salvarsanbehandlung neigt die Wassermannsche Reaktion zum Verschwinden, eine Zunahme der Reaktion unter Salvarsan hat nur periodischen Charakter. Bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wird die Reaktion unter der Behandlung leichter negativ als bei parasyphilitischen Erkrankungen, bei Tabes eher als bei progressiver Paralyse. Die Wassermannsche Reaktion hat bei Kranken mit Syphilis des Zentralnervensystems nicht nur eine diagnostische, sondern auch eine die Therapie leitende Bedeutung!

Arth. Jordan-Moskau.

Die klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von R. Krepting. (Paris méd., 1912, Nr. 22.) Primäre Syphilis. Von 92 Fällen reagierten 69 positiv. Niemals war dies aber vor der 6. oder 7. Woche nach der Infektion der Fall. Für die Diagnose hat ein einziger positiver Befund Bedeutung. Ist aber nach der 9. Woche bei

Digitized by Google

nicht spezifisch behandelten Kranken die Reaktion noch nicht positiv, so kann in zweifelhaften Fällen auch eine negative Reaktion für den Ausschluß der Syphilis von Wert sein. Der Verfasser teilt dafür viele Beispiele mit.

Sekundäre Syphilis. 317 Fälle mit sekundären Symptomen waren alle positiv. In einer Reihe von Fällen war die Reaktion für die Diagnose ausschlaggebend.

Tertiäre Hautsyphilis. Von 87 Fällen waren 84 positiv, 3 negativ, trotzdem sie schon jahrelang nicht behandelt waren.

Latente Syphilis. Von 322 Syphilitikern ohne Symptome (3—40 Jahre nach der Infektion) waren 233 negativ, 89 (also 27,6%) positiv. Von diesen 322 hatten früher 64 tertiäre Hautsyphilide.

Progressive Paralyse. Von 27 Fällen hatten alle eine positive Reaktion. Der Verfasser glaubt, daß eine negative Reaktion in klinisch zweifelhaften Fällen ein wertvolles Argument gegen die Diagnose Paralyse ist. Eine positive Reaktion muß mit Vorsicht aufgenommen werden.

Hirnsyphilis. 42 Fälle mit diverser klinischer Diagnose (Hemiplegie, Hirntumor, Leptomeningitis) gaben eine positive Reaktion. Sieben, lange Zeit spezifisch vorbehandelte Fälle von sicherer Hirnlues waren negativ. In einem Falle existierte eine Lues seit 30 Jahren, die Wassermannsche Reaktion war negativ und die Autopsie ergab ein Gliom. Der Liquor cerebrospinalis kann bei der Hirnsyphilis positiv reagieren, ohne daß Paralyse in Betracht kommt. Dies im Gegensatz zu Plaut, welcher bei positivem Wassermann des Serums und des Liquor immer eine Paralyse diagnostiziert. Desgleichen hat die Lymphozytose des Liquor keine einschneidende Bedeutung, weil die Wassermannsche Reaktion und der zystologische Befund unabhängig voneinander sein können.

Tabes. Von 32 Tabikern waren 24 positiv. Die Reaktion hat hier wenig Bedeutung für die Diagnose. Doch scheint sie in allen nicht behandelten Fällen im Beginn positiv zu sein.

In 15 Fällen von sonstigen Nervenerkrankungen (Myelitis usw.) war sie positiv und eine spezifische Behandlung war von großem therapeutischem Einfluß. Auch alle Fälle von Aortitis syphilitica und von Aneurysma waren positiv, desgleichen Leber- und Nierensyphilis. Auch 2 Fälle von Magen- und 3 von Duodenalgeschwür reagierten positiv.

Was den Einfluß der Behandlung auf die Wassermannsche Reaktion anbetrifft, so kann meistens durch eine kontinuierliche Quecksilberbehandlung eine negative Reaktion erzeugt werden. Mit Salvarsan sah der Verfasser in manchen Fällen von primärer Lues die Reaktion mit einer Einspritzung negativ werden und dauernd bleiben. In 45 Fällen, die im Frühstadium dreimal 0,5—0,6 Salvarsan intravenös bekamen, wurde fünfmal die Reaktion wieder positiv und viermal erschienen Rezidive. In 17 Fällen von primärer Syphilis mit Spirochäten, welche bei negativem Wassermann mit 3 Injektionen abortiv behandelt wurden, blieb die Reaktion dauernd negativ. In Fällen von alter Syphilis ist hingegen die Reaktion schwer zu beeinflussen. In einem Falle von Paralyse blieb sie trotz 7 Injektionen positiv.

Aus all diesen Beobachtungen geht hervor, daß das Salvarsan dasjenige Mittel ist, welches die Wassermannsche Reaktion am besten beeinflußt A. Gunsett-Straßburg.

Der praktische Wert der Wassermannschen Reaktion, von D. M. Kaplan-New York. (Med. Record, 15. Juni 1912.) Verfasser warnt davor, daß die Wassermannsche Blutprobe für die Beurteilung und Behandlung eines Falles zum allein ausschlaggebenden Faktor gemacht wird, besonders wenn die Probe nach irgend einem „vereinfachten" Verfahren von ungeübten Untersuchern vorgenommen wird. Er ist der festen Überzeugung, daß heute oft Gesunde auf Grund eines angeblich positiven Wassermann

Digitized by Google

wegen Syphilis behandelt werden, und auf der anderen Seite ungenügend behandelte Syphilitiker vernachlässigt werden. Eine im Laboratorium vorgenommene Probe kann nie den Ausschlag geben, ob Syphilis in dem gegebenen Falle vorhanden oder ob eine Syphilis geheilt ist, wenn nicht zu gleicher Zeit der ganze klinische Verlauf und eine nach jeder Richtung hin eingehende Untersuchung des Patienten zur Grundlage eines vorzunehmenden Wassermann gemacht wird. Auf der anderen Seite ist — auch schon aus technischen Gründen — nur ein positiver Wassermann wert in Erwägung gezogen zu werden. W. Lehmann-Stettin.

Wassermann und Therapie der Spätlues von Walter Krebs-Falkenstein i. Taunus. (Med. Klinik, 1912, Nr. 27.) Der Verfasser veröffentlicht zunächst einige Krankengeschichten, die dazu dienen sollen, die nachfolgenden Erwägungen und Leitsätze zu erhärten. Verfasser fordert in allen im geringsten zweifelhaften Fällen ein sehr genaues Eingehen auf die Anamnese und auch, wenn jede Infektion geleugnet wird, das Vornehmen der Wassermann-Reaktion; und zwar soll diese immer wiederholt werden, bis man die Gewißheit hat, daß dieselbe negativ ausfällt; eventuell rät der Verfasser, einen Provokationsversuch zu machen, indem man 3 Tage hintereinander 4,0 g Hg einreiben läßt und sich überzeugt, ob etwa die negative Phase sich in eine positive umgewandelt hat. Da Krebs die positive Wassermannsche Reaktion für einen strikten Beweis von noch aktiver Syphilis hält, so ist er unbedingt dafür, die Medikation (sei es Hg—Jod—Salvarsan) bis zur definitiven Umwandlung fortzusetzen, wenn er auch zugibt, daß man bei günstigem Verlaufe in späteren Jahren sich etwas mehr Zeit lassen kann. Ganz besonders dringend rät der Verfasser, die spezifische Behandlung durch physikalisch-diätetisch-therapeutische Maßnahmen zu unterstützen (Luftliegekur, Massage, Lichtbäder oder Halbbäder auch während einer Inunktionskur). C. Lasch-Breslau

Die Wassermannsche Reaktion und die Behandlung der Syphilis, von Jeanselme und Vernes. (Paris méd., März 1912.) Die Verfasser versuchen quantitativ den Grad der Hämolyse bei der Wassermannschen Reaktion durch Vergleich mit einer kolorimetrischen Skala festzustellen. Das erste Röhrchen, die Teinte 0, enthält wasserklaren Inhalt, das letzte, Teinte 8, entspricht der intensivsten Färbung, welche die totale Hämolyse hervorbringen kann. Die Untersuchungen der Verfasser erstrecken sich auf 1526 Reaktionen. Serienreaktionen, die sie an 100 Kranken machten, erlaubten ihnen 100 Kurven herzustellen, an welchen man sehen kann, in welchem Grade die Wassermannsche Reaktion dem Arzt in bezug auf die Therapie Aufklärung gibt.
A. Gunsett-Straßburg.

Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion bei latenter Syphilis, von Girauld und Tissier. (Bull. méd., 1912, S. 712.) Die Verfasser konnten in 2 Fällen diese Reaktion anwenden. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion, von J. Nicolas und L. Charlet. (Lyon méd., 118 Bd., S. 1472.) Die Verfasser haben an einer allerdings kleinen Zahl von Kranken diese Frage nachgeprüft, haben in viel weniger Fällen als andere Verfasser eine Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion erhalten. Doch glauben sie ebenfalls an die Spezifizität dieser Reaktion.
Richard Frühwald-Leipzig.

Rationelle Technik der Komplementbindungsreaktion, von M. Weinberg. (Ann. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 6.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.
Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Bemerkungen in bezug auf syphilitische Sera, von C. Russ-London. (Lancet, 3. Aug. 1912.) Verf. hat die interessante Beobachtung gemacht, daß Eisen-

Digitized by Google

chlorid selbst in ganz schwacher Lösung (1 : 200000) die Fähigkeit besitzt, rote Blutkörperchen zu agglutinieren, daß aber beim Gebrauch eines syphilitischen Serums diese Eigenschaft nicht hervortritt. Um diese Tatsache praktisch zu verwenden, agglutinierte R. abgemessene Mengen von roten Blutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung mit einer Eisenchloridlösung (1 : 2000) und setzte probenweise normales resp. syphilitisches Serum in abgemessenen Mengen hinzu. Bei den Proben letzterer Art wurde fast immer die Klumpenbildung prompt aufgelöst, bei den ersteren blieben die Proben 1—2 Tage fast völlig unverändert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lipoide im Serum bei Lues, von E. Klausner-Prag. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) K. hat neue Untersuchungsreihen angestellt, die einmal das Phänomen der Globulinausflockung bei Zusatz von destilliertem Wasser erklären und weiter zeigen, daß zu gewissen Zeiten im Blute von luetisch Infizierten Lipoide in vermehrtem Maße kreisen. Er glaubt, daß seine Untersuchungen für die Anschauungen über den Mechanismus der Wassermannschen Reaktion von Bedeutung zu sein scheinen. W. Lehmann-Stettin.

Wassermannsche Reaktion. Zur Antigenfrage, von R. Müller-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor:

1. Alkoholischer Herzextrakt ist von genügend starker Wirkung und größerer Konstanz als luetischer Extrakt.

2. Schwache Hemmungen sind oft nur durch den benutzten Alkohol bedingt, der auf das Komplement schädigend einwirkt.

3. Nicht alle Komplemente zeigen gleiche Empfindlichkeit gegenüber Alkohol, manchmal gibt es überempfindliche Komplemente, die auch bei ganz exakter Technik zu irrtümlichen Resultaten führen können.

4. Durch Einengung des alkoholischen Extraktes und folgender Verdünnung mit einem Multiplum physiologischer Kochsalzlösung bei Einhaltung bestimmter technischer Vorschriften wird das Optimum des physikalischen Zustandes des Antigens erreicht und der Spezifitätsquotient wird erhöht, das heißt, die Reaktionen mit syphilitischen Seren werden stärker und häufiger, die mit nichtsyphilitischen Seren schwächer und seltener. W. Lehmann-Stettin.

Klinische Bedeutung der Reaktion von Hecht, von Noé Pinés. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 26.) Zur Vornahme dieser Reaktion muß man die hämolytische Kraft des Serums austitrieren, seine antihämolytische Kraft sowie die des Antigens kennen. Nur komplete Hemmung darf als positive Reaktion gedeutet werden. Im Vergleiche zur Wassermannschen Reaktion erscheint sie etwas feiner bei latenter Syphilis. Bei Syphilisverdacht ist positiver Hecht nicht so beweiskräftig wie positiver Wassermann. Richard Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Körtke-Hamburg. (Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 44, Heft 4.) Körtke stellte Untersuchungen an, um einen Beitrag zu der noch viel umstrittenen Frage der Zuverlässigkeit der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion liefern zu können. Es wurde das Serum von 187 Patienten fast stets unter doppelter Kontrolle untersucht mit folgendem Resultat: Nie war v. Dungern positiv, wenn Wassermann negativ war. Dagegen ergab in 35 Fällen von 203 die v. Dungernsche Modifikation negatives Resultat, in denen die doppelt ausgeführte Wassermannsche Reaktion positives ergeben hatte. Verfasser kommt damit zu dem Resultate, daß vor der Hand die v. Dungernsche Modifikation, die auch nicht so einfach ist, wie es im ersten Augenblicke scheint, noch nicht der Wassermannschen Reaktion gleichwertig betrachtet werden kann. O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit, von F. Eichelberg-Göttingen. (Med. Klinik, 1912, Nr. 29.) Aus der ausführlichen Arbeit sollen nur die Punkte kurz besprochen werden, die sich auf das Verhalten der Spinalflüssigkeit bei Syphilis oder Metasyphilis des Zentralnervensystems beziehen. Die Untersuchungen des Liquor cerebro-spin. durch den Verfasser für diese Fälle erstrecken sich auf folgende vier Reaktionen — indem er der Druckvermehrung nur eine relativ geringe Bedeutung beimißt: 1. Zellvermehrung, 2. Eiweißreaktion, 3. Wassermannsche Reaktion im Liquor, 4. Wassermannsche Reaktion im Blut. Für die Feststellung der Zellvermehrung erscheinen dem Verfasser die verschiedenen Methoden gleichwertig, für die Eiweißreaktion bevorzugt er die Nonne-Apeltsche. Zellvermehrung (Pleozytose) fand der Verfasser in 40% aller Luetiker; Eiweißreaktion in 97% von progressiver Paralyse, in 92% von Tabes dors.; in 80% von Syphilis cerebrospin. Doch sind diese beiden Reaktionen auch eventuell bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems zu finden. Am sichersten erscheint dem Verfasser die Wassermannsche Reaktion des Liquor und zwar sowohl bei erworbener als bei ererbter Syphilis. Da Verfasser bei 150 Idioten nur in 12% der Fälle + Wassermannsche Reaktion gefunden hat, während er bei geistig und körperlich gesunden Kindern sicher syphilitischer Eltern dieselben in 50% fand, so warnt er davor, die Syphilis allzusehr als maßgebenden ätiologischen Faktor für die Idioten aufzufassen. Verfasser fand im Liquor cerebrospin. bei progressiver Paralyse in 98%, bei Tabes dorsalis in 48% und bei Syphilis cerebrospin. nur in 8% + Reaktion und glaubt, daß diese ebenso wie die Zellvermehrung besonders in den frischen Fällen nachweisbar ist, während sie in den chronischen Fällen von Strangsklerosen resp. Endarteriitis leicht fehlt.

Eichelberg glaubt, daß für unser therapeutisches Handeln in dem Ausfall der vier Reaktionen noch kein sicherer Prüfstein gewonnen ist, außer wenn dieselben, — was auch für ihre Bedeutung für die Diagnose gilt, — mit den klinischen Beobachtungen Hand in Hand gehen. Verfasser hat Fälle von Syphilis gesehen, bei denen nach intensiver Behandlung Wassermannsche Reaktion im Blute wie im Liquor negativ war und die Vermehrung des Eiweißgehalts und der Zellen im Liquor fehlten, und die doch wenig später an Paralyse erkrankten; andererseits sah er trotz mehrfacher Behandlung die Wassermannsche Reaktion und Globulinreaktion im Liquor bestehen, während die Patienten klinisch als geheilt entlassen werden konnten. Verfasser behauptet, das Verschwinden der Reaktionen im Liquor häufiger nach kombinierter Hg-Jod-Behandlung als nach Salvarsan gesehen zu haben.

Eichelberg meint, daß erst fortgesetztes, jahrelanges Zusammenarbeiten von Dermatologen, Neurologen und Psychiatern wirklich richtigen Anfschluß über die Bedeutung der Reaktion des Liquors in diagnostischer und therapeutischer Beziehung bringen werden. C. Lasch-Breslau.

Über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Luetikern, von Klemens Bergl und Erwin Klausner. (Prag. med. Wochenschr., Nr. 32, 1912.) Feststellung an 30 Luesfällen, daß die klassischen vier Reaktionen des Paralytikerserums und Liquors schon in relativ frischen Luesfällen vorkommen, so daß man auf die Hoffnung verzichten muß, den Beginn der metaluetischen Zerebralerkrankungen, speziell der Paralyse, nachzuweisen. H. Lautsch-Graudenz.

Primäraffekt auf der Konjunktiva, von Jacqueau. (Lyon méd., 118 Bd., Nr. 17.) Ein 22jähriger Mann erlitt bei der Arbeit eine kleine Verletzung am Lide, worauf dieses heftig anschwoll und eine Ulzeration auf der Bindehaut des Oberlides auftrat. Bald darauf erfolgte regionäre Drüsenschwellung. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Doppelter Schanker, von QUEYRAT. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 26.) Zehn Tage nach Auftreten einer Sklerose am Gliede trat eine zweite am Daumen auf.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Syphilis „d'emblée", von LANE. (Lancet, 15. Juni 1912.) Kasuistische Mitteilung dreier Krankengeschichten von Ärzten, bei welchen Symptome sekundärer Lues ohne vorhergegangenen Schanker auftraten. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von SCHNELLER-Kiel-Wik. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.) Die Seltenheit früherer Beobachtungen von Reinfektio bei Syphilis legt Verfasser der früher vorwiegend geübten, nicht ausreichenden symptomatischen Behandlung zur Last. Bei dem ersten der hier mitgeteilten Fälle wird eine Heilung der mit Salvarsan und Kalomel behandelten, primären, extragenital lokalisierten Syphilis angenommen, da der WASSERMANN sich neun Monate hindurch negativ hielt; ein etwa ein Jahr später vier Wochen post coitum aufgetretener Primäraffakt am Penis wird daher als Neuinfektion gedeutet.

In einem zweiten Fall, welcher aus bestimmten Rücksichten weniger intensiv behandelt war, trat etwas über drei Monate nach der ersten Erkrankung nach erneutem Koitus nahe der Stelle des ersten Schankers eine Induration auf, welche als Reinduration infolge Vorhandenseins einzelner Spirochäten an der Stelle des alten Schankers gedeutet wird. Eine Allgemeininfektion hatte dabei offenbar nicht stattgefunden, da der WASSERMANN sich ebenso verhielt wie bei dem ersten Falle. Arthur Schucht-Danzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Mängel der Dermatologie, von CHARLES J. WHITE-Boston. (Journ. amer. med. assoc., 22. Juni 1912.) Verfasser wünscht von verschiedenen Gesichtspunkten aus in der klinischen Dermatologie eine einfachere Nomenklatur und Beseitigung des Überflusses an Krankheitsnamen. Zur Abschaffung dieses und ähnlicher damit zusammenhängender Übelstände schlägt er die Einsetzung eines internationalen dermatologischen Tribunals vor. Weiterhin hebt Verfasser die geringe Zuverlässigkeit der histologischen Diagnose für viele dermatologische Affektionen hervor. Auch mit unseren ätiologischen Kenntnissen dürfen wir nicht sehr zufrieden sein, da wir selbst bei den am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten, wie Ekzem, Psoriasis, den nach der Ursache fragenden Patienten keine genügende Auskunft geben können. Ebensowenig können die therapeutischen Erfolge uns befriedigen, wenn sie auch hinter denen anderer medizinischen Disziplinen nicht zurückstehen. Ein Beweis für diese bei manchen Hauterkrankungen bestehende Unzulänglichkeit ist das gerade auf unserem Gebiete mächtig wuchernde Kurpfuschertum. Um diesen Übelständen abzuhelfen, fordert Verfasser die Philanthropen, die für sonstige Erkrankungen Geld zur Verfügung stellen, auf, auch für die Erforschungen der Erkrankungen der Haut Geldopfer zu bringen. Sache der Ärzte ist es dann, für diese Forscherarbeiten geeignete Kräfte zur Verfügung zu stellen. Fendt-Wiesbaden.

Verletzung des Berufsgeheimnisses durch den Arzt als Prozeßpartei, von Rechtsanwalt Dr. KURT FEIERTAG-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Bei einem Honorarklageprozeß eines Arztes in Halle a. S. trug der ärztliche Anwalt im Prozesse vor, daß der Beklagte „wegen Geschlechtskrankheit" behandelt wurde. Der Arzt wurde auf Antrag des Patienten wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses (§ 300) bestraft. Verfasser beschreibt die Rechtslage. Um „unbefugtes Offenbaren" des Arztes kann es sich nicht handeln, wenn der Anwalt vorbringt, an welcher Krankheit der Be-

Digitized by Google

klagte behandelt wurde, da der Anwalt selbst für seine Ausführungen mit seiner Person einzustehen hat. Bringt der Arzt dagegen als Prozeßpartei selbst die Krankheit zur Sprache, so kommt es darauf an, ob diese Erklärung zur Rechtsverteidigung oder Rechtsverfolgung notwendig ist und damit nicht „unbefugt". Ohne durch das prozessuale Verhalten des Beklagten gezwungen zu sein, offenbart der Arzt „unbefugt" und macht sich nach § 300 strafbar. V. Caesar-Dresden.

Der Unterricht auf dem Gebiete der Syphilis, von William Thomas Corlett-Cleveland. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Verfasser wünscht für die Medizinstudierenden in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika besseren Unterricht auf dem Gebiete der Syphilis. Er fordert die Errichtung von Lehrstühlen für Hautkrankheiten und Syphilis an den Medizinschulen und die Einrichtung von Spezialabteilungen an den Krankenhäusern; erforderlich ist außerdem die Gründung von Laboratorien. Fendt-Wiesbaden.

1. Maligne Tumoren in Guinea, 2. Generalisierte Ichthyosis, 3. Zwei Fälle von Ainhum, von Bernardeau. (La prov. méd., 1912, Nr. 40.) 1. Statistik, welche belegen soll, daß die schwarze Rasse eine große Immunität gegen maligne Tumoren hat. Es kamen sieben Fälle unter 5021 Konsultationen vor. 2. Zwei Fälle von generalisierter Ichthyosis, bei denen die Diagnose zu bezweifeln ist. Ein abgebildeter Fall, welcher starb, scheint an Pityriasis rubra zu leiden. 3. Ainhum kommt mit Vorliebe an den fünften Zehen vor. Patrick Manson hat eine ähnliche Affektion am Schwanze von Affen veröffentlicht. Werther.

„Para — 606", eine Randbemerkung, von C. F. Marshall. (Med. Press a. Circ., 1912, Nr. 3812.) Nach Milian haben die epileptiformen Konvulsionen mit Koma und nachfolgendem Exitus letalis, die drei oder vier Tage nach der intravenösen Salvarsaninfusion auftreten, ihre Ursache in 1. einer Dekomposition des Dichlorhydrates des Salvarsans in Monochlorhydrat und vielleicht noch andere chemische Produkte, die er „Para — 606" nennt, und 2. in der mangelnden Fähigkeit des Patientenblutes, die Azidität oder Hypoalkalinität dieser „Para — 606"-Produkte zu neutralisieren. Zur Vermeidung dieser Zufälle empfiehlt er einerseits die Anwendung einer starken alkalischen Lösung, andererseits das Blut des Patienten durch Injektion einer Sodalösung zu neutralisieren. Ist diese Theorie richtig, so muß aus ihr die stärkste Verurteilung der Salvarsananwendung abgeleitet werden. Denn wenn eine geringe Veränderung des Arzneimittels oder ein geringer Unterschied in der Alkalinität der Lösung Todesfälle verursachen kann, so ist seine Anwendung bei einer Erkrankung wie die Syphilis, bei der uns andere, weniger gefährliche Heilmittel zur Verfügung stehen, nicht angängig. Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Georg Arndt, Assistent der dermatologischen Universitäts-Poliklinik in Berlin, hat einen Lehrauftrag erhalten.

Dr. A. Carnevali in Padua und Dr. Johann Sowade, Assistent der dermatologischen Poliklinik in Halle a. S., haben sich für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Dezember 1912 | Nr. 49 | Band 55

Aus Prof. Dr. Unnas Dermatologikum, Hamburg.

Über Nackenkeloid oder Dermatitis nuchae sclerotisans.

Von

Dr. Ant. Tryb,

Assistent der k. k. böhm. dermat. Klinik (Hofrat Prof. Janovský in Prag).

(Mit 1 Tafel.)

Im Jahre 1869 beschrieb Kaposi eine „papilläre" Hauteffloreszenz, die an der Grenze des behaarten Kopfes und des Nackens saß. Seine klinische Beschreibung ist ziemlich präzis. Als einige Jahre später Roger den Begriff des „Aknekeloids" begründete, identifizierte selbst Kaposi diese Erkrankung mit der von ihm beschriebenen „Dermatitis papillomatosa capillitii". Schon Kaposi fiel im histologischem Bilde eine enorme Erweiterung der Gefäße auf, außerdem fand er dendritisch ausgewachsene Papillen und eine „Rundzelleninfiltration" in dem Netzwerke des Bindegewebes. Erscheinungen an den Haarbälgen und am Drüsenapparat bezeichnet er als atrophische und glaubt, sie wären erst sekundär eingetreten. Bestimmt spricht er sich gegen den aktiven Anteil der Haarfollikel aus.

Französische Forscher (Bazin, Besnier) suchten einen Zusammenhang zwischen der beschriebenen Affektion mit Akne, die sich mit Keloid kombiniert (wie Roger). Sehr richtig bemerkt Unna zu dieser Behauptung, daß in diesem Falle die Affektion eher am Sternum vorkommen sollte, da hier der Lieblingsplatz sowohl von Akne als auch von den Spontankeloiden ist.

Der scharfen Beobachtung Hebras fielen die Beziehungen der Erkrankung zu den Haarbälgen, auf und er spricht sich in den späteren Auflagen seines mit Kaposi verfaßten Buches direkt gegen die Ansichten seines Mitarbeiters aus, indem er die Prozesse an den Haarbälgen stark betont und sie sogar als primär darstellt. Er spricht schon 1874 sogar direkt von einer Sykosis. Pellizari u. a. lenkten ihre Aufmerksamkeit auf das gewucherte fibroplastische Gewebe und glaubten, es wäre die Haupterscheinung des Prozesses. Selbstverständlich kam — wie bei allen Krankheiten — auch hier die Infektionsperiode und es wurde fleißig nach spezifischen Erregern gesucht (Ullmann, Spiegler, Marcacci, Secchi u. a.).

Wir wollen noch bemerken, daß Leloir, einer der tüchtigsten Histologen der Haut, zur Überzeugung kam, die Krankheit ginge von den Haarfollikeln aus.

Digitized by Google

Alle späteren Arbeiten (H. Hebra, Vidal, Mibelli, Jarisch, Dubreuilh, Ledermann, Janovsky, Guszmann, Lipschütz, Scheuer, Vörner) befassen sich mit mehr oder weniger meist klinischen Studien, auf dem histologischen Felde bewegt sich die Entscheidung nun meist zwischen dem Begriff einer primären Follikulitis und eines primären Keloides.

Um die nicht zu seltene Affektion besser einreihen zu können, zeichnen wir uns kurz das klinische Bild der Krankheit, damit nachher die histologische Untersuchung Hand in Hand mit dieser Erklärung der ätiologischen Frage näher treten kann.

In einigen Fällen, die ich selbst beobachten konnte (meist an der Prager derm. Klin. Janovsky) — im ganzen fünf — handelte es sich immer um typische, mehr oder weniger ausgebreitete Affektion des Nackens an der Haargrenze. Am Anfang bildeten sich kleine, hanfkorngroße Knötchen ziemlich derber Konsistenz, deren Oberfläche glatt ist. Sie heben sich gleich scharf begrenzt von der normalen Haut ab durch ihre mächtige Elevation und rosige Farbe. Allmählich vergrößern sich diese, konfluieren zu einer derben, fleischfarbenen, glatten Masse, die sich langsam über den Nacken meist in der horizontalen Achse ausbreitet. Dabei schmelzen die Haare hier und da zu kleinen Büscheln zusammen oder kreuzen sich, als ob sie die Richtung ihres Wachstums geändert hätten, werden immer weniger, bis sie schließlich verschwinden. Zuerst verschwinden die feineren, so daß die dicken, borstenartigen Haare länger übrig bleiben, die — wie schon erwähnt — meist in sich kreuzenden Richtungen aus den Follikeln herausschauen. In dieser Zeit stecken sie äußerst fest in der kranken Haut, was später erklärt wird und wodurch sich die Krankheit von der Sykose unterscheidet. Die Nackenhaut um die Affektion herum ist absolut normal. Durch Kratzen oder andere traumatische Ursachen kann es auch zum Nässen der Effloreszenzen kommen, doch in der Regel ist das nicht der Fall.

Wie gesagt, beschränkt sich die Ausbreitung der Affektion meist auf die Grenze der Haarpartien des Nackens und kann sich in einem dicken Wulst von einem Mastoideus zum anderen erstrecken. Es sind jedoch Fälle beschrieben, wo sich die Affektion nach oben zu in dem behaarten Kopfteile weiterpflanzte (Scheuer, Vörner u. a.), und es wurden auch Fälle vorgestellt, die an den Wangen oder am Halse ganz typische Exkreszenzen hatten (Kreibich, Heath). Janovsky berichtet über einen Fall an der Stirne und sogar bei einem Weibe, was sehr selten vorkommt, da die Erkrankung fast nur Männer betrifft.

Der Therapie widersteht die Krankheit mit derselben Hartnäckigkeit wie die gewöhnlichen Keloide, und man bedient sich auch meist gegen sie derselben Therapie. Nach Exstirpationen rezidivieren oft die Knoten, nach Paquelinisation, welche an unserer Klinik meist ausgeübt wird, wachsen sie allerdings etwas langsamer nach. An der Unnaschen Klinik wurden auch ganz gute Erfolge gesehen (bei Keloiden) mit der flachen Abtragung der Effloreszenzen oder ihrer Zerstörung mit Kohlensäureschnee. Gut bewährt sich auch das Schälkollodium, 10% Pyrogallol enthaltend (außer 10% Acid. salicyl. und Zusatz von Anästhesin). Nach der Zerstörung der oberflächlichen Teile geschieht die Ausheilung unter starken Salizylpflastern oder Thiosinamin-Kataphorese. Nach Fibrolysininjektionen konnte ich keine besonderen Resultate sehen. Möller be-

Digitized by Google

richtet über einige gute Erfolge mit Röntgen, ähnlich Moberg (bei Nackenkeloid). Bei spontanen Keloiden konnte ich ganz gute Resultate sehen nach Radiumbehandlung (an der Riehlschen Klinik). Wie gesagt, die Therapie der Nackenkeloide und ihre Effekte decken sich mit denen der spontanen Keloide vollständig.

Über die Ursache und den Grund dieser Erkrankung herrscht auch noch keine Einigung. Meist sind das Patienten, die an Nackenfurunkulose gelitten haben und auch später immer noch follikuläre Erscheinungen in dieser Region aufweisen.

Man kann nicht sagen, daß diese Leute eine spezifische Neigung zur Keloidbildung hätten, obwohl auch einige Fälle in der Literatur darauf hindeuten könnten.

Ein ganz schöner Fall, der dies beweist, wurde von Scheuer publiziert: ein Jurist leidet an einer mächtigen Nackendermatitis, die sich selbst über den behaarten Kopfteil der Okzipitalgegend ausbreitet. Dabei bleiben aber seine tüchtigen Mensurnarben absolut frei von jeder keloiden Veränderung. Ich konnte in meinen Fällen keine spezielle Neigung zur Spontankeloidbildung sehen. Porges beschreibt einen Fall, wo sich, anschließend an ein chronisches Ekzem, eine Nackendermatitis bildete. Sehr interessant ist ein Fall, den ich seit einigen Jahren Gelegenheit zu beobachten habe. Bei dieser ganz typischen Nackendermatitis verschwinden die kleineren Knötchen vollständig, und sie bilden sich wieder, wenn der Patient steife Kragen trägt, an denen sich die Stellen reiben. Patient gibt auch an, es wäre ein ganz deutlicher Zusammenhang seiner Lebensweise mit dem Grade seiner Krankheit: in Zeiten wo er sich üppiger nährt und etwas mehr von Getränken zu sich nimmt, wird die Affektion immer schlimmer.

In zwei Fällen exzidierte ich Teile der Protuberanzen, um sie histologisch genau zu untersuchen. Die beiden Fälle boten mikroskopisch dieselben Bilder dar, die natürlich nach der Lage des Schnittes zum Follikel verschieden sind. Auch ist der eine Fall (Fall II) etwas vorgeschrittener, da die Affektion auch länger besteht. Man muß besonders darauf sehen, daß man Schnitte bekommt, die als Mittelpunkt die Haarbälge haben, in denen der Schnitt ganz in die Richtung der Haare fällt.

Das Bild im ersten Falle ist folgendes: In der höchsten Umgebung des Haarbalges, ganz dicht an der Epidermis, sitzt ein mehr oder weniger ausgebreitetes Infiltrat, welches man als Eiterzelleninfiltrat bezeichnen kann, schon im Übersichtsbilde. Das Haar selbst sitzt ebenfalls meist in einem Zylinder von Eiterzellen, welche die epitheliale Hülle desselben durchdrängend mit dem beschriebenen perifollikulären Herd gewissermaßen kommunizieren. In dieser Zeit kann man an der Haarzwiebel nur ganz leichte atrophische Veränderungen sehen, dieselben trafen auch, und zwar viel energischer, die Talgdrüsen. Leider sah ich die terminalen Erscheinungen an den Haarpapillen nicht ganz gut, da meine Exzisionen etwas zu oberflächlich waren. Ganz gut konnte ich aber sehen, daß sich die Eiterzelleninfiltration nicht bis an die Wurzeln verbreitet, sondern daß sie nur die oberen Partien umschließt, wie schon Ehrmann richtig beobachtet hat.

Was schon bei schwacher Vergrößerung am meisten auffällt, das sind die kolossal erweiterten Gefäße, sowohl in der Kutis, als auch in

Digitized by Google

den Papillen, wo man stellenweise fast nichts anderes mehr sieht, als eine Gruppe von kleinen Kavernen, die durch erweiterte, spiralig gedrehte, sich durcheinanderschlingende Blutgefäße gebildet sind. In der Kutis kann man dilatierte Venen treffen, die manchmal fast die Hälfte des Gesichtsfeldes einnehmen. Diese großen Gefäße sind immer von einem starken Zellmantel umgehüllt, der ganz anderen Charakters ist als das periphere Infiltrat. Im übrigen sieht man besonders in den tieferen Kutispartien stark gewuchertes kollagenes Bindegewebe, welches in mächtigen Garben hin und her in verschiedensten Wachstumsrichtungen herandrängt. Elastisches Gewebe, bis auf ganz geringe Reste in der Tiefe, ist vollständig verschwunden.

Im zweiten Falle konnte ich an den peripilaren Infiltraten eine deutliche Rückbildung sehen, und an der Oberfläche des Follikels sitzt ein kleines Krüstchen. Das übrige Bild bleibt gleich — nur hat es sich nach oben zu verschoben, so daß in den Papillen ebenfalls Rundzelleninfiltrate sitzen, die wir vorher nur an den großen Gefäßen der Kutis beschrieben und im folgenden näher definieren wollen. Die kollagenen Stränge sind viel mächtiger, haben die meisten Gefäße der Kutis fast umschlungen und reichen auch schon bis in die Papillen hinein.

Genauere Beobachtung bei schärferen Vergrößerungen weist folgendes auf: Die Epidermisschichten sind nicht besonders verändert — teilweise zeigen sie eine recht mächtige Akanthose, die von leichter Verdickung des Strat. granulosum begleitet ist. Wir können hier in verschiedenen Schichten Epithelzellkerne bemerken, die Unna als „saure Kerne" beschrieb. Er behauptet, diese finden sich sehr oft bei verschiedenen chronischen Entzündungen. Sie fallen auf durch ihre äußerst starke, dunkelblaue Färbung bei den Gentiana-Jod-Methoden und sehen so aus, als ob die Chromatinsubstanz, die mit feinen Netzen massenhafte Chromatinkörnchen diverser Größe verbindet, an Quantität stark zugenommen hätte. Ihr ganzes Aussehen ist etwas geschrumpft — was übrigens von der Gentiana-Anilin-Behandlung herrühren kann. Diese Kerne erklärt in neuester Zeit Unna als solche, deren Kernsaft diffus Farbstoff angenommen hat. Sie finden sich nicht nur als Epithelzellkerne, sondern gehören auch den Endothelien einiger Gefäße an, und hier und da trifft man sie auch bei Spindelzellen an. In der Nähe größerer Zellzerfallherde kommen sie bestimmt häufiger vor. Bei Plasmazellen sah ich sie bei dieser Krankheit nicht.

Nebenbei soll nur bemerkt werden, daß in der Basalschicht äußerst schöne sog. Herxheimersche Spiralen häufig sich vorfinden.

Was das Infiltrat — welches als starker Ring sich um den Follikelhals der einzelnen Haare bildet — betrifft, können wir sagen, daß es unmittelbar an der Haarscheide fast ausschließlich aus polynukleären Formen der Leukozyten besteht, welche in die epitheliale Haarscheide durchwandernd das Epithel hydropisch verändern, so daß schließlich aus dem retikulär degenerierten Haarscheideepithel ein Netzgewebe zurückbleibt, in dessen Maschen Nester von Leukozyten sitzen. Es handelt sich also um eine Leukozytenemigration, die meist perifollikulär lokalisiert ist. Die suprafollikuläre Emigration ist klein, weitaus nicht so groß wie die erstere, und kann daher auch fast nie zu einer Pustel oberhalb des

Digitized by Google

Haarbalges führen. In dieser Gegend und am Haare selbst konnte ich einmal Gramkokken in Häufchen sehen. Die nähere Bestimmung ist zwar ohne Kulturen speziell bei Kokken unmöglich zu wagen — doch nach der Art des Infiltrates handelt es sich höchstwahrscheinlich um Eiterkokken, die auch als Haupterreger anzusehen sind. Lymphozyten finden sich im Infiltrate keine.

Inmitten des peripilaren Infiltrates, welches ja am Schnitt auf beiden Seiten symmetrisch zu dem durchgeschnittenen Haarfollikel liegt, bemerkt man eine rege Wucherung der Bindegewebszellen. Man kann da Spindelzellen sehen, die ihre schwach gefärbten, bläschenförmigen Kerne haben, und manche, die nur ganz wenig vom Plasmaleib besitzen (Formen nach der Teilung); man kann hier polygonale, große, stärker oder schwächer gefärbte Zellarten antreffen, die deudritische Ausläufer haben und hier und da granuliertes Plasma zeigen. Häufig kommen hier Mastzellen vor — deren Hauptsitz bei dieser Erkrankung in der papillären Schicht ist —, die regellos, spinnenartig unter den Zellen verteilt sind. Ab und zu trifft man auch schon eine Plasmazelle. Die Blutgefäße sind hier schon stark erweitert, ihre Lumina enthalten teils rote Blutkörperchen, die mit einigen randstehenden Leukozyten gemischt sind. Endothelzellen sind entweder normal oder etwas geschwollen und weisen — wie schon erwähnt — einige „saure Kerne" auf. Von Lymphozyten kann man absolut nichts merken.

Die Peripherie der Infiltrate — dem Kutisgewebe zu — bringt uns die schönsten Bilder der Plasmazellenentstehung. Diese Stelle und dann die Papillen der kranken Haut können in diesem Stadium allein jeden sehr leicht und einwandsfrei überzeugen, daß von einer Lymphozytenumwandlung keine Rede sein kann, daß dagegen fast jede gewucherte Spindelzelle ihre Zeichen besitzt, welche Transformation in Plasmazellen erkennen lassen. Die steigende Tinktionsfähigkeit mit basischen Farbstoffen, die Formübergänge der Zelleiber, sowie das absolute Fehlen auch sporadisch auftretender Lymphozyten weder in Blutgefäßen noch in dem perivaskulären Gewebe geben deutliche Auskunft über die Entstehung der Plasmazellen. Man kann nach unserem Bilde ganz leicht sehen, wie einmal einige Spindelzellen direkt in eine mit immer stärker basophilem Plasma sich auszeichnende Zelle übergehen, wobei sich ihre Form abrundet und der Kern seine charakteristische Randkörnung bekommt. Anderesmal können wir häufig große, polygonale Zellen in derselben Weise ihre Tinktion ändernd beobachten, ihr ursprünglich blasser Kern nimmt stark an Tinktion zu, teilt sich direkt, wobei sich aus der zwei-, drei- bis mehrkernigen Plasmamasse einzelne Plasmazellen bilden. Es kommen auch folgende Bilder vor: Spindelzelle mit zwei Kernen, von denen der eine durch Bildung von Chromatin ein richtiger Radkern geworden ist, während der andere noch das Bild des chromatinarmen-Bindegewebszellkernes zeigt. Das zu dem Radkern gehörende Plasma ist auch schon stark pyroninophil, es ist schon eine richtige Plasmazelle, auch schon der Form nach. Diese sitzt nun durch eine dünne Spalte geteilt dicht an der als solche gebliebenen Bindegewebszelle — so wie eine Frucht in der Schaale. Es ist das von Unna und Ehrlich beschriebene und bekannte Bild, welches allerdings von niemandem anders

Digitized by Google

erklärt werden könnte, als durch die Entstehung der Plasmazellen aus den Spindelzellen.

Man möchte glauben, es wäre diese klare Ansicht längst bei den gesamten Forschern eingebürgert, doch versucht man immer noch verschiedentlich diesen Faktor unbeachtet zu übergehen. Nun wären wir — wie es scheint — wenigstens über die Ansicht der Metamorphose ausgewanderter Lymphozyten hinaus, und es bleibt als letzte Rettung der Lymphozytentheorie die Entstehung der Plasmazellen aus dem ursprünglichen lymphatischen Gewebe, welches um die Gefäße herum sich verborgen hält bis zu einem Anlaß, Plasmazellen bilden zu können. Ich will auf diese Frage, sowie auf die der Zellkörnungen nicht ausführlicher eingehen — hier will ich nur konstatieren, daß ich in den Papillen in der Umgebung der erweiterten Gefäße, wo noch keine Plasmazellen waren, in keinem meiner Präparate Lymphozyten sehen konnte; nur eine starke Wucherung der Spindelzellen, große polygonale Zellen und höchstens einzelne Spindelzellen, deren länglicher Leib schon stärkere Basophilie zeigt, und deren Kern sich auch mit stärkerer Tinktion zeichnet. Wie am Material aus späteren Stadien dieser Erkrankung sich zeigt, bilden sich auch hier sehr starke Plasmome um die Papillengefäße herum, und ich wiederhole abermals, daß ich bei keiner Phase ihrer Entwicklung weder Lymphozyten noch lymphozytenähnliche Zellgattungen sehen konnte, und daß das erste Stadium immer nur bei Plasmazellenbildung die Hypertrophie der Spindelzellen war.

Ganz treffend klingt die neue Beobachtung Martinottis, der die Veränderungen einer Lymphdrüse nach Durchschneidung eines Nervenstranges studierte: „Man kann hier die allmähliche Umwandlung der Adventitiazellen gut beobachten, sie beladen sich zunächst mit basophilen Granulationen, runden sich dann ab, ihr Kern nimmt an Chromatingehalt zu, er bekommt alsbald eine radförmige Gestalt, die typische Plasmazelle ist fertig. („Granulationen" bedeutet dem Kontexte nach nicht Granula im Sinne wie z. B. eosinophile Granula usw. — es konnte auch in der Übersetznng aus italienischem Original stehen „basophilem Plasma" oder dergleichen.)

Die Entstehung der Plasmazellenherde, deren Ursprung auch aus der Zeichnung der Tafel deutlich zu entnehmen ist, beginnt an der Peripherie des peripilaren Infiltrates erst, wenn sich die großen Plasmome an den erweiterten Blutgefäßen der subpapillaren Schicht längst gebildet haben. Erst später entstehen dieselben in den Papillen, in einem Stadium, wo schon die erstgenannten Plasmome langsam verdrängt werden von den an Zahl und Dicke stark zunehmenden Bindegewebsfasern. Man kann also eine gewisse Wanderung des Plasmoms von der Subkutis nach der Oberhaut beobachten. Die fibroplastische Tätigkeit des Bindegewebes beginnt hier zu wechseln mit der Umwandlung in Plasmazellen, die man zwar immer noch bemerken kann (die Umwandlung), aber lange nicht so rege. Wie schon beschrieben, dringen ganze Wellen von gequollenen Kollagenfibrillen in allen Richtungen durch das Kutisgewebe, schnüren sowohl zellige Bestandteile als auch Blutgefäße mächtig zusammen, so daß man sich durch diesen Druck auch die Hemmung der zelligen Wucherung ganz gut erklären kann.

In der Zeit, wo sich von Plasmazelleninfiltraten in der Tiefe nur noch sehr wenig erblicken läßt, kommt es in der Papillarschicht hier

Digitized by Google

und da unabhängig von den Haarfollikeln an deutlich umschriebenen Stellen zu kleineren Anhäufungen von Polynuklearen. Das kann man sich in diesem Stadium dadurch ganz gut erklären, daß es durch das ewige Reiben der steifen Kragen zu einer subepidermoidalen Ausbreitung von Kokkenerregern von dem peripilaren Infiltrate aus kommt, und diese Pustelchen, wenn auch später, doch im Anschluß an die primäre Noxe entstehen. Diese de facto sekundär entstandenen Leukozyteninfiltrate darf man aber nicht verwechseln mit ähnlich aussehenden, welche in Wirklichkeit doch nur den tangential geschnittenen, primär befallenen Follikeln entsprechen. Im Anfange der Erkrankung sind die perifollikulären Infiltrate immer da, später können sämtliche fehlen, und das Auftreten von solchen, die wir als „sekundär" bezeichneten, kann leicht zu falschen Schlüssen führen.

Einmal konnte ich eine größere Höhle in einer ganzen Reihe von Schnitten verfolgen, die ein zusammengerolltes Haar enthielt — dasselbe Bild im Kleinen, was schon Hebra beschrieb, allerdings in größeren Dimensionen. Dies finde ich insofern von Bedeutung, da dieser Umstand direkt die mechanischen Einflüsse beweist. Man kann ja auch an den Knien und Ellenbogen in der Regel zusammengerollte Haare in den Follikeln sitzend antreffen, was nur auf Druck, der auf diese Stellen häufiger ausgeübt wird, zurückzuführen ist. Unter den Zellen der Plasmome und auch im Infiltrate und in den Papillen kann man, besonders in dem ersten Falle (jüngerer Prozeß), immer zahlreiche Mastzellen sehen. In dem älteren Material (Fall 2) treten sie deutlich zurück. Dafür erscheinen häufig spindelförmige Zellen, die bröckeliges, goldgelbes Pigment aufnehmen, welches sich ziemlich reichlich unter den rarefizierten Plasmomen in scholliger Form ansammelt. Diese Zellen nehmen so viel Pigment auf, bis sie ganz gebläht und abgerundet zugrunde gehen. Die goldgelben Schollen (Blutpigment) bleiben dann zwischen den Kollagenbündeln unverändert liegen.

An den Plasmazellen kann man zweierlei Degenerationsformen beobachten. Entweder kommt es zu einer hyalinen Ansammlung im Plasma, die mit ganz kleinen Tröpfchen an der Peripherie der Zelle anfängt. Die Tröpfchen fließen zusammen zu Kügelchen, der Kern wird entweder pyknotisch beiseite gedrückt (was geschieht, wenn die Zelle nicht bald zugrunde geht und nachher mit einer soliden Hyalinkugel gefüllt ist) — oder die Zelle zerfällt rasch in ein Häufchen kleinerer oder größerer Kügelchen, wobei der Kern, blaß mit verschwommener Zeichnung, lange seine Form behalten kann. Auch hyaline Kristalle meist länglicher Form konnte ich sehen. Doch viel öfter — man kann sagen de norma — geht die Plasmazelle durch Vakuolisation zugrunde. Schon der berühmte intranukleäre Raum ist ein Zeichen, daß die Plasmazelle nicht mehr auf der Höhe der Entwicklung steht. Von da an beginnen nun kleine Vakuolen in den Zellkörper sich zu verbreiten. Sie werden dann besonders an dem Rande sehr häufig, durchbrechen die scharfe Kontur des Zelleibes (Zellmembran), und von da an bekommt die Plasmazelle ihr schwammartiges Aussehen. Ehe dies geschieht, bläht sich die Plasmazelle mehr oder weniger auf — in seltenen Fällen kann sie auch zu einer Schaumzelle werden, wie sie Mikulicz als spezifisch für Rhino-

Digitized by Google

sklerom beschrieb. In dem Falle wird der Kern immer pyknotisch. Bei gewöhnlicher Vakuolisation kann er es auch werden, aber gewöhnlich hellt sich der Kern etwas auf, das Chromatingerüste wird immer zarter, doch bleibt die Zeichnung ganz scharf, so daß wir selbst Bilder antreffen können, wo ein Kern, an dem man noch ganz gut eine Radform erkennen kann, nur noch Häufchen von leicht gefärbtem Protoplasma um sich herum hat. Sogar die Kernkörperchen bleiben manchmal noch gefärbt. Ich will noch erwähnen — was ja ganz bekannt ist — daß die absterbenden Plasmazellen oft zweikernig sind.

Hyaline Degeneration an Gefäßen konnte ich nicht beobachten, doch kommen in einigen Gefäßen mächtige, ölige Tropfen von Hyalin neben Fibrinfasern und -Kügelchen vor.

Sämtliches Hyalin, sowie auch das stärker gequollene Kollagen sind reduzierend und erscheinen am Manganbild dunkelbraun. Ebenso das goldgelbe Blutpigment.

Über den Befund der Riesenzellen, den manche Autoren, wie es erscheint, als besonders wichtig hervorheben, kann ich nach meinen Schnitten nur so viel konstatieren, daß ich ebenfalls einige Riesenzellen traf, die ich aber in anderen Schnitten ganz deutlich wiedererkennen konnte, wo sie sich als Epithelialriesenzellen und als Reste atrophierender Talgdrüsen erwiesen. An den meisten Schnitten gab es tatsächlich weiter nichts als Plasmaklumpen, die gewöhnlich an der Peripherie schlecht sich färbende Kerne trugen. Mikroben konnte ich in diesen keine finden; da es aber bekannt ist, daß in den Talgdrüsen auch Tuberkelbazillen vorkommen können, ist die Beobachtung Vörners und seine zurückhaltende Meinung begreiflich.

In dem bisher entworfenen Bilde erscheinen nur folgende drei Punkte besonders wichtig: es ist das in erster Reihe das perifollikuläre, den Follikelhals umgebende Infiltrat, weiter das Plasmom der umgebenden Kutis und schließlich das aus der Tiefe aufsteigende, resultierende Fibrom, welches man dem histologischen Charakter nach ganz gut als Narbenkeloid ansehen kann. Von den Spontankeloiden unterscheidet sich dieses durch die unregelmäßigen Wucherungsrichtungen der Kollagenbündel. Die Entstehung der Keloide im Anschlusse an verschiedene meist chronische Reizungen ist längst bekannt. So entstehen Keloide nach Luesexanthemen, die nach antisyphilitischer Kur verschwinden (Lewin) oder bestehen (Lassar). Narbenexantheme nach pustulöser oder gar gummöser Lues beschrieben Plonski, Jordan, Bidle u. a. Selbst nach einem Bromexanthem bildeten sich einmal Keloide. Histologisch finden wir eine großartige Parallele zu unserer Erkrankung beim Lupusgewebe. Schon Unna in seiner Histopathologie unterscheidet scharf voneinander das primäre lupöse Plasmom, welches durch ein sekundäres entzündliches Fibrom verdrängt wird. Die häufig so wulstigen Lupusnarben erinnern auch in der Tat manchmal an die wulstigen Flächen eines Nackenkeloids.

Wenn wir nun das histologische Bild im ganzen mit Berücksichtigung

Digitized by Google

der klinischen Erscheinungen überlegen, können wir uns das Entstehen und Aussehen der Effloreszenzen leicht erklären. Durch heranwachsende Plasmome hebt sich die Stelle vom normalen Niveau ab. Dieses steigert sich später durch das Herandrängen von fibrösem Gewebe, so daß sich kleine Hügelchen bilden, die, weil sie nur von den subepidermoidalen Bestandteilen gebildet werden, die Oberhaut anspannen, so daß sie glänzend glatt, manchmal wie lackiert aussieht. Ihr rosiges Aussehen verleihen ihr die erweiterten Blutgefäße der Papillen, welche ja hier fast den Habitus kleiner Angiome annehmen. Später, wenn auch diese Partien von dem wuchernden Fibrom ganz durchsetzt sind, indem auch die Papillargefäße wieder eingeengt sind, haben wir vor uns klinisch ein Bild von harten, mehr grau aussehenden Wülsten, bei denen allerdings — außer einer sehr eingreifenden — jede Therapie machtlos ist. Ganz anders zugängig werden der Therapie Fälle, wo es noch nicht zu Fibrombildung kam, die vielmehr in dem Stadium des Plasmoms von der Therapie getroffen werden können. Es sind eben die Fälle, in denen es die Patienten verstehen, jede Reizung (Kragen) von der sich bildenden Geschwulst fern zu halten. Da kann es eben auch zu spontanen Rückbildungen kommen, und die Therapie kann weniger eingreifend sein. In solchen Fällen kann auch die Röntgentherapie gute Erfolge haben, wogegen sie bei fibrösen Effloreszenzen keinen Einfluß haben kann.

Es bleibt zu erklären die oft beschriebene, auffallende Festigkeit, mit der die Haare in der kranken Haut sitzen. Es ist dies allerdings kein Grund, weswegen man an den perifollikulären Prozessen zweifeln soll (Ledermann). Ehrmann hat sehr richtig gesehen, daß diese Infiltrate nur den Hals des Haares umgeben, und nie bis an die Wurzel herabsteigen. Dasselbe zeigen unsere Präparate. Es ist also die Haarzwiebel nicht gelockert, sondern im Gegenteil durch das sie fest umschnürende, wuchernde Gewebe direkt eingeklemmt.

Wenn wir nun zusammenfassend den ganzen Prozeß der „Dermatitis papillomatosa capillitii" oder des „Nackenkeloids", „Aknekeloids" usw. charakterisieren wollen, kommen wir nach der Erfahrung an unserem Material zu denselben Schlüssen, wie schon Hebra, Unna, Leloir und Ehrmann gekommen sind. Es handelt sich um eine von den Haarfollikeln ausgehende chronische Entzündung, die allmählich nach dem Abschlusse der primären perifollikulären Leukozytose sich durch starke Wucherung des Spindelzellengewebes auszeichnet, welches anfangs reichliche Plasmomherde produziert, später dieselben durch fibroplastische Wucherung verdrängt und unter mächtiger Kollagenbildung ein Bild eines eigentümlich aufgebauten Keloids darstellt.

Digitized by Google

Die ursprüngliche Reizung durch Kokkentoxine wird infolge von mechanischen, lokalen Insulten unter Verschleppung der Kokken immer weiter aufrecht erhalten, und so das Bindegewebe zu einer andauernden fibroplastischen Tätigkeit gereizt.

Die Bezeichnung „Nackenkeloid" ist ganz trefflich; will man das vorhergehende entzündliche Stadium mitbezeichnen, kann man die Erkrankung „keloidbildende Nackendermatitis" nennen, und will man schließlich das allererste Anfangsstadium bezeichnen, dann sagt man mit Ehrmann: „Folliculitis sclerotisans nuchae". Wünschenswert wäre nur entschieden, die Form der Effloreszenzen nicht als papilläre zu bezeichnen, da die knopfförmigen Wucherungen viel eher das ihnen zugehörende Epithet „tuberöse Knötchen" verdienen.

Wegen der Literatur verweise ich auf das vollständige Literaturverzeichnis bei Vörner, Neues von Dermatitis capillitii, Arch. f. Derm., Bd. 111, Heft 3.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Über dem leeren Haarfollikel ein kleines Krüstchen. Beiderseits Leukozyteninfiltrate (L), um die erweiterten Gefäße Plasmome (Pl). Akanthose, Wucherung des Kollagens (van Gieson).

Fig. 2. Entstehung von Plasmazellen. P: normale Plasmazellen auf der Höhe der Entwicklung. S: Schalenbilder (Pappenheim-Unna).

Fig. 3. Vakuolisation von Plasmazellen. P: normale Plasmazelle. K: Plasmazellkerne der zugrundegegangenen Plasmazellen (Pappenheim-Unna).

Das Übrige ist dem Texte zu entnehmen.

Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra[1]).

Von

Dr. E. Hesse, Düsseldorf.

Von einer Funktion des Frenulum praeputii ist bisher wenig bekannt. Wir wissen, daß es als Verbindung zwischen der Vorhaut und der Glans penis das Wiedernachvorngleiten der zurückgestreiften Vorhaut erleichtert und sie in dieser ihrer Normallage erhält. Sonst macht sich das Frenulum meist nur unangenehm bemerkbar; es spielt in der Pathologie der Geschlechtskrankheiten eine große Rolle. Bei etwas forciertem Geschlechtsverkehr kommt es leicht zu kleineren oder größeren Einrissen,

[1]) Vortrag, gehalten auf der 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster i. W., am 16. September 1912.

Digitized by Google

Fig. 1.

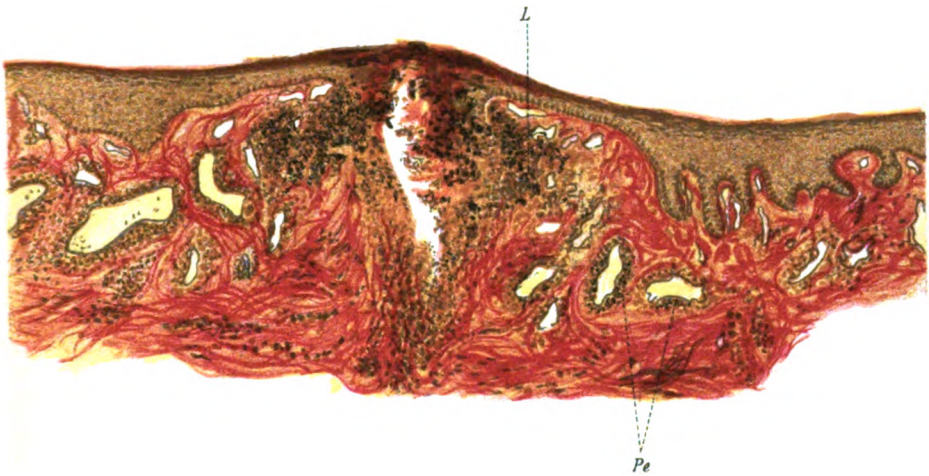


Fig. 2.

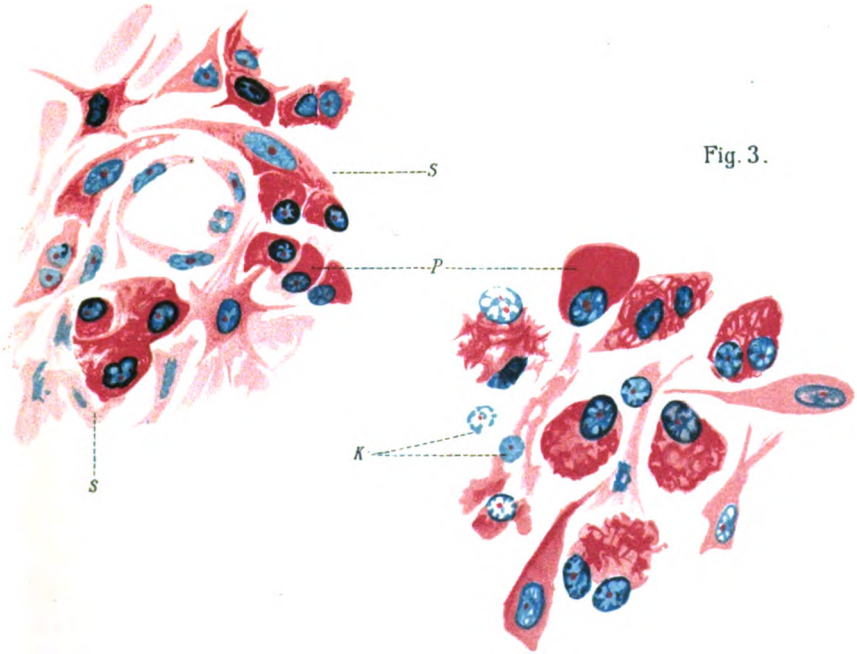


Fig. 3.

Tryb gez. Verlag von Leopold Voss in Leipzig und Hamburg. Lith Anst. v. Johannes Arndt, Jena

Digitized by Google

Digitized by Google

besonders wenn die Haut dünn und empfindlich ist. Diese traumatischen Verletzungen sind bekanntlich häufig der Ort, wo der weiche und harte Schanker sich dann lokalisieren.

Eine weitere Infektionsmöglichkeit bietet das Frenulum in den Vertiefungen an jeder Seite, jenen Hauttaschen, in denen aus rein mechanischen Gründen leicht Infektionsmaterial haften bleibt, die also als direkte Bakterienfänger wirken.

So ist es zu erklären, wenn manche Urologen das Frenulum prinzipiell durchschneiden, insbesondere aber bei etwaiger Phimosenoperation dasselbe nicht schonen, da man ihm einen besonderen Zweck ja gar nicht zuerkennt. Und doch hat es eine gar nicht unwichtige Funktion.

Ich sehe dieselbe darin, daß es bei der Erektion angespannt wird und einen Zug an beiden Lippen des Orificium urethrae ausübt, der einen festeren Verschluß der Urethralöffnung bewirkt und gleichzeitig dieselbe etwas nach unten verlegt.

Natürlich läßt sich das nur am erigierten Penis beobachten, wenn die Vorhaut nach hinten gebracht ist. Bei Männern mit kurzem, straffem Frenulum sieht man dann, ohne daß besondere Manipulationen nötig sind, wie das Frenulum am unteren Winkel des Orifiziums zieht und gleichzeitig dabei die Glans in der Verlängerung des Harnröhrenspaltes etwas eindrückt. In den meisten Fällen jedoch läßt sich die Wirkung des Frenulums erst dann deutlicher beobachten, wenn man mit der um den Penis gelegten Hand die gesamte Penishaut ringsum nach hinten drängt, also die Verhältnisse nachzuahmen sucht, wie sie bei der Kohabitation vorliegen. Bei fehlendem Frenulum läßt sich im Gegensatz dazu dann das Orifizium mit Leichtigkeit zum Klaffen bringen. In etwa läßt sich das auch schon am schlaffen Glied beobachten.

Daß dieser festere Verschluß der Harnröhre bei der Immissio penis von großer Bedeutung ist, leuchtet ohne weiteres ein. Die Harnröhre wird vor dem Eindringen von allerlei Bakterien, speziell auch der Gonokokken, geschützt, zum mindesten aber wird eine Infektion bedeutend erschwert.

Beobachtungen in der Praxis bewiesen mir das. Speziell will ich einen Patienten erwähnen, der, trotzdem er sich jahrelang der Infektionsgefahr ohne besondere Vorsichtsmaßregeln aussetzte, von Tripper stets verschont geblieben war. Nach einer dann vorgenommenen Zirkumzision mit Durchschneidung des Bändchens vergingen nur einige Monate und der Patient akquirierte sich eine Gonorrhöe.

Bei einem anderen Patienten handelte es sich um ein früher einmal eingerissenes Frenulum und fast bei jedesmaligem Coitus impurus war eine Infektion der Harnröhre die Folge. Ähnliche Beobachtungen habe

Digitized by Google

ich in den letzten drei Jahren häufiger gemacht. Sicherlich ist bei einem großen Teile jener Pechvögel, die sich bei jeder Gelegenheit infizierten, ein eingerissenes oder durchschnittenes Frenulum schuld an der Infektion.

Der festere Verschluß der Harnröhrenöffnung ist aber auch noch weiter von Bedeutung für die Ejakulation. Der Samen spritzt durch die künstlich verschmälerte Öffnung der Harnröhre zweifellos mit größerer Kraft als aus der weithin klaffenden Urethra; der Strahl wird dünner, schmäler und deshalb stärker.

Die zweite Wirkung der Anspannung des Frenulums ist die Verlegung der Harnröhrenöffnung etwas nach unten. Die Harnröhre verläuft bekanntlich an der unteren Penisseite, um dann zuletzt die Glans penis in der Mitte zu durchbohren. Diese letzte Biegung nach oben wird durch den Zug des angespannten Frenulums während der Erektion ausgeglichen. Ob hierdurch ein Einfluß auf den Ejakulationsstrahl stattfindet, indem ein geringes Hemmnis beseitigt wird, will ich nicht weiter erörtern, ebenso nicht, wie dies der Konzeption förderlich sein könnte; die erste Wirkung, der urethrale Verschluß und die dadurch bedingte Verhütung der Infektion, erscheint mir weit wichtiger.

Inwieweit sich diese meine Ansicht über die infektionsverhütende Wirkung des Frenulums wird statistisch erweisen lassen an Männern mit und ohne Frenulum, bleibt abzuwarten; jedoch spielen bei der Infektion andere Momente, wie Reinlichkeit, persönliche Prophylaxe, Häufigkeit der Infektionsgelegenheit eine so große Rolle, daß derlei Zahlen nur wenig beweiskräftig sind.

Die großen Statistiken über Tripper bei Beschnittenen und Nichtbeschnittenen sind ebenfalls nicht zu verwerten, denn bei der rituellen Beschneidung wird das Frenulum geschont bzw. soll es geschont werden. Dasselbe sollte jedenfalls geschehen, wenn wir aus ärztlichen Gründen die Zirkumzision vornehmen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1912.

Ein Fall von Hutchinsons infektiösem Angioma, von James H. Sequeira. In dem Falle S.s handelte es sich um ein 30jähriges Mädchen, bei dem die ganze Außenfläche des rechten Oberarms rote Flecken zeigte, wovon einige ausgesprochene Purpurfärbung hatten. Im Umkreise um die befallene Stelle waren Häufchen kleiner roter Punkte, welche an die Kayennepfefferkörnchen von Hutchinsons ursprünglicher Beschreibung erinnerten. Die zentralen Herde waren mehr homogen, aber sogar in diesen der gesprenkelte Charakter vorhanden. Die Eruption reichte in zerstreuten Herden über die rechte Schulter, Brust und Nacken, aber ohne die Mittellinie zu überschreiten. Auf

Digitized by Google

Druck wurde die Farbe blässer, verschwand aber nicht. Es handelte sich nicht um die gewöhnliche Art von Nävus, da er im Verlaufe der vielen Jahre nach der Geburt ständig sich weiterverbreitete. Narben, wie sie HUTCHINSON in seinem Falle beschrieb, waren nicht vorhanden. Genaue histologische Beschreibung des Falles, wovon nur noch ein ähnlicher, von HUTCHINSON in seinem Atlas veröffentlichter in der Literatur existiert.

Über nekrotische Tuberkulide, von J. L. BUNCH. Chronische, langsam fortschreitende Hauttuberkulose ist gewöhnlich von mehr oder weniger hochgradiger Atrophie, Narbenbildung oder Nekrose der befallenen Stellen gefolgt, und in den meisten Fällen scheinen diese Veränderungen eine ausgesprochene Beziehung zu den tuberkulösen Hauterkrankungen zu haben. B. beobachtete jedoch einen Fall, wo die Narbenbildung eine viel ausgedehntere war, als die vorhergehende tuberkulöse, aus leicht erhabenen, teils papulösen und deutlich infiltrierten, aber kleinen und ganz oberflächlichen Knötchen bestehende Affektion. Der 12jährige Knabe war seit seinem vierten Lebensjahre von dem in der Umgebung des Nabels sitzenden Hautleiden befallen; die Haut war an dieser Körperstelle trocken, schuppend und rot und bedeckt mit einer feinen Abschuppung. An den Innenseiten der Oberschenkel und rings um die Achseln war eine ähnliche, umschriebene, oberflächlich abschuppende Dermatitis vorhanden. Während der letzten fünf Jahre wurden all diese Stellen, welche früher die Dermatitis zeigten, von kleinen, oberflächlichen, atrophischen Narben bedeckt, ebenso wie auf den in der Umgebung des Nabels liegenden Hautstellen, wo aber die Narbenbildung eine viel reichlichere war, als den ursprünglichen Krankheitsherden entsprach. Ein zweiter Fall von nekrotischer Tuberkulose betraf eine 25jährige Frau, welche seit etwa zehn Jahren an beiden Unterschenkeln und dem rechten Arm von kleinen, später zu Geschwüren und schließlich zu Narben sich umbildenden knötchenartigen Ausschlag befallen war, der nun das Aussehen von Skrofuloderma hatte. Außerdem war Patientin aber auch mit Lupus erythematosus im Gesicht seit zirka drei Jahren behaftet. Trotz dieser Koinzidenz kann sich B. nicht zu der von so vielen Dermatologen verfochtenen Auffassung bekehren, daß Lupus erythematosus eine Affektion tuberkulöser Natur sei.

Über Reflexreizung als Ursache der Alopecia areata, von H. EMELYN JONES. Verfasser prüfte JACQUETS Theorie, Alopecia areata entstünde durch Reizung der peripheren Nerven, besonders der die Zähne versorgenden Trigeminusäste, an 50 Fällen der Hautabteilung des großen London-Hospital nach und untersuchte zur Kontrolle 50 mit verschiedenen chirurgischen Affektionen behaftete Patienten der chirurgischen Abteilung auf die Beschaffenheit der Zähne. Von ersteren hatten nur 8, von letzteren 12 ganz gesunde Zähne. Diese Feststellungen im Zusammenhang mit einer weiteren, wo die genaue Aufzeichnung der mit Haarausfall befallenen Kopfregionen bedeutendes Überwiegen von Stellen, welche von den Trigeminuszweigen nicht versorgt sind, ergab, sind für J. genügender Beweis, daß JACQUETS Theorie nicht zutreffe und daß irgend eine andere Ursache als „periphere Nervenreizung" für die meisten Fälle von Alopecia areata zu eruieren sei. Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1912.

Dermatitis pustulosa vegetans recurrens, von GEORGE PERNET-London. Die 26jährige Patientin war seit zirka sechs Jahren von dem Ausschlage befallen, der sich über den ganzen behaarten Kopf, Stirne, Ohren und Nase, den Rücken, rechte Achsel und beinahe die ganze Genital-Analgegend erstreckte. Das Leiden bestand aus kleinen Bläschen und Pusteln, die allmählich zur Eintrocknung kamen und nach Monaten sich wieder einstellten. Die Nase ist verdickt und knotig und die kleinen, pustulösen, ex-

Digitized by Google

sudierenden Veränderungen haben hier das Aussehen von Vegetationen (Wucherungen). Auch im Munde (Schleimhaut) waren einige Bläschen und Pusteln vorhanden. Die Behandlung mit Jodoformsalbe und später mit autogener (Staphylokokken-) Vakzine brachte zwar bedeutende Besserung des ganzen Zustandes, konnte aber Rückfälle nicht verhüten. Der Fall hat große Ähnlichkeit mit dem einzigen dieser Art von Hallopeau unter dem Namen „Dermatitis pustulosa chronica in fortschreitenden Herden" beschriebenen, aber auch (in morphologischer Hinsicht) mit Dermatitis herpetiformis. Ob diese beiden von H. und Pernet beobachteten Fälle zu letzterer Affektion in Beziehung stehen, möchte Verfasser noch als offene Frage ansehen.

Trichloressigsäure als keratolytisches Mittel bei seborrhoischer Keratosis, von Douglas W. Montgomery und George D. Culver-San Franzisko. Trichloressigsäure, entweder in Substanz oder als konzentrierte Lösung, hat speziell gute Wirkung auf Epithelstrukturen und ist ein vorzügliches keratolytisches Mittel. Nach Verfassers Ansicht hängt diese Wirkung teilweise mit dessen Einfluß auf Fett zusammen, da seborrhoische Keratosis zweifellos eine fettige Degeneration und innig verbunden mit Seborrhöe der allgemeinen Hautoberfläche ist. Die Trichloressigsäure wird mit einem um ein Holzstäbchen gewickelten Wattebäuschchen so lange aufgelegt, bis die betreffende Stelle weiß verfärbt ist — gewöhnlich nach einigen Sekunden — und dann zur Linderung vorhandener Schmerzen wieder mit Wasser abgespült. Außer Trichloressigsäure können zur Behandlung hartnäckiger Keratosisherde, besonders seniler, noch dienen X-Strahlen Kohlensäureschnee, Elektrolyse und Fulguration, die erstere hat vor allen anderen Mitteln den Vorzug leichter und einfacher Anwendungsweise.

Die X-Strahlenmethode mit einziger Dosis, von George M. MacKee und John Remer-New York. Verfasser unterscheiden bei der Röntgenstrahlenbehandlung zwei Hauptmethoden: häufige Anwendung fraktionierter Dosen und ein- resp. mehrmalige hoher Dosen. Im allgemeinen empfehlen sie immer mehr zu letzteren überzugehen, und zwar zur Anwendung der gewöhnlichen qualitativen Instrumente mit quantitativer Schätzung mittels Bariumplatincyanpastillen, während die sogenannte Erfahrungsmethode (mit Schätzung der Stärke durch die Expositionsdauer, die Menge des angewandten Stromes und der Röhrenentfernung) viel ungenauer sei. Die verschiedenen Versuche, die Stärke der Röntgenstrahlen zu messen, werden eingehend von den ersten Holzknechtschen bis zu jenen von Hampson beschrieben. Letzterer hat viele Schwierigkeiten der „Halledistanzmethode" beseitigt, indem er die Haut-Fokus-Entfernung verringerte und Bordiens Idee, das Reaktionsstück auf die Haut zu bringen, annahm, was die Expositionszeit abkürzt, so daß eine normale Dosis angewandt werden kann, ohne die Röhre zu überhitzen. Mit der von Verfassern angewandten Technik, bei welcher Holzknechts Methode mit Hampstons Verbesserung (des Fokusabstandes) vereinigt ist, gleicht 4 H 1 H der ursprünglichen Skala. Die kleinste Dosis, welche sie geben, ist $^1/_2$ H, um Haare bei Ringworm des behaarten Kopfes zu epilieren, und die größte Dosis $2^1/_2$ H in manchen Fällen von Epithelioma. Es ist möglich, diese Pastillen in Verbindung mit einem Filter anzuwenden, wenn die tieferen Gewebe zu behandeln sind. Mit dieser Methode ist es nun möglich, die Enthaarung des ganzen behaarten Kopfes in 16–25 Minuten zu bewerkstelligen. Wo, wie z. B. bei Mykosis fungoides, große Körperflächen erkrankt sind, ist es nur notwendig, jeden Erkrankungsherd je einmal mit ein oder zwei Sitzungen pro Woche zu behandeln. Sykosis wird gewöhnlich unter dem Einfluß einer einzigen Epilierungsdosis heilen. Ohne weiter auf die verschiedenen Dermatosen, welche den hohen Dosen mit 1—4 Sitzung zugänglich sind, und die verschiedenen qualitativen und quantitativen Messungsmethoden einzugehen, heben Verfasser schließlich nur hervor, daß bessere Resultate mit der Dosis bei vielen Hautkrankheiten,

Digitized by Google

welche den X-Strahlen zugänglich sind, erzielt werden, diese Methode wissenschaftlich begründet und zeitsparend ist. Obwohl sie etwas schwierig, genau auszuführen und kostspielig ist, sind die Resultate dessen wert; vor Anwendung in der Praxis muß man sich jedenfalls mit der Technik vertraut machen.

In der folgenden Diskussion (auf der 36. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, St. Louis, 23.—25. Mai 1912) sprach sich Pusey mehr für die fraktionierten Dosen aus, indem seine Erfahrungen mit den hohen Einzeldosen, speziell bei Epitheliom, nicht so günstige waren wie die der Referenten.

Zeisler hingegen erklärt deren Technik für einen großen Fortschritt, um größere Sicherheit in unserer Röntgentherapie zu erzielen. Mit der stets zunehmenden Verbesserung der Technik gestalte sich aber die Röntgentherapie immer schwieriger in der Praxis, und so glaubt auch er in Übereinstimmung mit den Referenten, daß sie bald nur mehr von eigenen (Röntgen-) Spezialisten ausgeübt werden kann.

Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Les traitements abortifs de la Syphilis. — Die Methoden der Abortivbehandlung der Syphilis, von S. Dajon-Genf. (Genf 1912, Georg & Co.) Das Referat über die vorliegende Arbeit von Dajon ist am besten mit den Schlußsätzen des Verfassers zu beginnen: Wir besitzen zurzeit noch kein antisyphilitisches Mittel, von dessen Anwendung beim ersten Auftreten der Krankheit wir eine Arbotivheilung derselben mit Sicherheit erwarten können; alle älteren Methoden haben versagt, und diejenigen der neuen Zeit sind noch zu wenig erprobt, um schon ein definitives Urteil fällen zu können. Unter den älteren Methoden versteht der Verfasser, abgesehen von der möglichst schnellen Ekzision des Primäraffektes, die sofort nach Sicherstellung der Diagnose eingeleiteten Hg-Inuktionen, Injektionen löslicher und unlöslicher Hg-Salze; unter den neueren die Anwendung des Hektins und Salvarsans.

Der Verfasser gibt in der sehr fleißigen und ausführlichen Arbeit einen historischen Rückblick über den Werdegang der einzelnen Methoden, die meist anfänglich von Erfolg gekrönt zu sein schienen, um dann bald mehr, bald weniger schnell zu einer Enttäuschung zu führen und als Abortivverfahren der Vergessenheit anheimzufallen, wenn sie auch sonst als Heilmethoden der Lues ihren Platz behaupteten.

Für den Verfasser gilt als Maßstab für eine gelungene Abortivkur nur eine unanfechtbare Reinfektion; den negativen Ausfall der W R., selbst wenn derselbe jahrelang konstant bleibt, läßt der Verfasser nicht als sicheren Beweis gelten.

Der Arbeit ist ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis beigefügt, in dem allerdings die Arbeiten deutscher Forscher fast gar nicht berücksichtigt sind.

Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Ein Fall von Reinfektion mit Syphilis, von James M. Graham (Edinburgh Journ., 1912, S. 442.) Ein Student hatte vier Wochen nach der Infektion einen harten Schanker am inneren Vorhautblatte nahe dem Frenulum und bekam 14 Tage später

Digitized by Google

eine Roseola. Durch Quecksilber wurde das Geschwür zum Heilen gebracht, wogegen das Exanthem unbeeinflußt blieb und erst nach 0,6 Salvarsan intramuskulär verschwand. Fast ein Jahr später zeigte er ein neues, reichlich Spirochäten enthaltendes Geschwür an der Glans in der Nähe des Frenulums. Bald darauf ein makulo-papulöses Exanthem (kreisförmige Anordnung? D. Ref.). Heilung durch 0,6 Salvarsan intravenös.

Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis und Karzinom, von H. Gougerot. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 37.) Der Prozentsatz der Syphilitiker unter den Krebskranken ist größer als man gewöhnlich annimmt. Der Verfasser konnte unter 157 Karzinomkranken in $^9/_{10}$ der Fälle einen Zusammenhang mit früherer Syphilis finden. Von den Karzinomen der Zunge, der Larynx, des Mundes, der Vulva, Vagina, des Zervix und der Glans ist es bekannt, daß sie auf alten Leukoplakien wachsen. Auch bei zwei Karzinomen des Ösophagus fand G. bei der Sektion Herde von Leukoplakie in der Umgebung der Karzinommassen. Auch bei Hautkankroiden läßt sich oft ein Zusammenhang mit Syphilis nachweisen. So teilt der Verfasser die Krankengeschichte eines 59jährigen Mannes mit, der zu gleicher Zeit Träger eines Lippenepithelioms und einer noch floriden Syphilis war. Die Syphilis hatte gummöse Läsionen und Leukoplakie der Lippen erzeugt, und letztere war in Karzinom ausgeartet zu einer Zeit, in welcher der Kranke noch weite, konfluierende gummöse Ulzerationen am Arme aufwies. A. Gunsett-Straßburg.

Die histologische Rückbildung der Hautsyphilide unter Salvarsan, von Rohrbach-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Verfasser hat bei elf Fällen Läsionen von syphilitischen Patienten, welche mit Salvarsan behandelt wurden, untersucht, drei Primäraffekte, zwei breite Kondylome, vier papulöse Effloreszenzen, eine gummöse Ulzeration und eine ulzeröse Effloreszenz bei maligner Lues. In vier Fällen wurden histologische Untersuchungen auch schon vor der Salvarsandarreichung ausgeführt. Von besonderem Interesse ist dabei das Verhalten der Plasmazellen. Wenn man zwischen frischen oder funktionstüchtigen Plasmazellen — kleine, protoplasmaarme, einkernige Zellen mit schöner, breiter, heller, juxtanukleärer Vakuole — und erschöpften oder überarbeiteten, großen, zwei- und mehrkernigen Plasmazellen mit breitem, intensiv gefärbtem Protoplasmasaum und ohne Vakuolenbildung unterscheidet, so fällt als Wirkung der Salvarsanbehandlung namentlich auf, daß dabei fast ausnahmslos eine Verminderung der Lymphozyten und eine hochgradige Vermehrung der Plasmazellen, die aber beinahe durchweg die Zeichen der Erschöpfung darbieten, sich vollzogen hat. Je stärker das Medikament auf die Parasiten eingewirkt hat, um so größer ist die Anzahl der erschöpften Plasmazellen. Ferner wurde konstatiert, daß die elastischen Elemente nach der Salvarsanbehandlung eine weitere Schädigung bis zum völligen Schwunde erleiden; sie werden weniger durch die Lebensprozesse der Spirochäten als durch ihre Zerfallsprodukte (Endotoxine) geschädigt. Die spezifischen Infiltrate der Hautsyphilide werden durch eine möglichst frühzeitig einsetzende und in kurzen Abständen wiederholte Salvarsanzufuhr entschieden günstig beeinflußt, zeigen sich aber immerhin entschieden refraktärer als die endarteriitischen Prozesse. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Spät auftretende Plaques der Mundschleimhaut, von Roger Mireur. (Inaug.-Dissert., Paris 1911, Nr. 435, 136 S.) Mundschleimhaut-Plaques können „tardiv" auftreten, d. h. mehr als drei Jahre nach Beginn der Syphilis. Im allgemeinen bestehen weder in klinischer noch anatomischer Hinsicht Unterschiede zwischen den früher und den im Sinne des Titels später auftretenden Plaques der Mundschleimhaut. Im speziellen wird jedoch gelegentlich eine besondere Form der späten Plaques gefunden, welche immer die Zunge befallen, charakterisiert durch relative Häufigkeit und durch die Dauer: Glossite dépapillante A. Fournier. Die Diagnose der Spätplaques ist nicht immer

Digitized by Google

einfach und besonders nach den objektiven Formen und dem Auffinden der Spirochäten zu stellen, niemals nach der Zeit ihres Auftretens. Warum es in manchen Fällen zu diesem späten Auftreten kommt, ist unklar. In manchen Fällen scheint zwar eine vorhergehende Behandlung einen gewissen Einfluß zu besitzen, zu einer Erklärung kann sie aber auch nur in seltenen Fällen verhelfen. Je länger der spezifische Prozeß schon besteht, um so seltener treten diese Spätplaques auf. Die feuchte Form wird nach etwa 10 Jahren, die Glossitis depapillans nach 20 Jahren sehr selten. Es bestehen aber keinerlei Anhaltspunkte, aus denen gefolgert werden kann, daß ein syphilitisch Gewesener davon ganz verschont bleiben wird. Die Prognose für den Kranken ist im allgemeinen eine sehr gute, es läßt sich aber nicht verkennen, daß manche Formen einen sehr hartnäckigen, oft rezidivierenden, lästigen Charakter zeigen. Die feuchte Form der Plaques der Mundschleimhaut ist kontagiös, ganz unabhängig von der Zeit ihres Auftretens nach der primären Infektion. Die Glossitis depapillans ist dagegen in ihrer trockenen Form nur sehr selten ansteckend. Die Ansteckung durch diese Plaques spielt eine große Rolle in der Infectio insontium. Die größte Zahl dieser Infektionen findet nach der Verheiratung statt und zwar meist in den ersten Monaten der ehelichen Gemeinschaft. Sie kommen auch später vor, und die Frau kann auf diese Weise ihre gesund geborenen Kinder infizieren. Verfasser fordert aus diesen Gründen, daß jedem Syphilitiker die Erlaubnis zur Ehe versagt werden soll, der nicht den Tabak abschwört. Spätplaques der Mundschleimhaut erfordern lokale und allgemeine Behandlung. Außerdem spielt die Hygiene des Mundes eine große Rolle. In besonders hartnäckigen Fällen sind auch die Schwefelwässer am Platze. Salvarsan findet nach der Auffassung des Verfassers in solchen Fällen eine seiner hauptsächlichsten Indikationen; besonders bei den erosiven und ulzerösen Formen der Krankheit. Nach der Abheilung der Erscheinungen soll der Syphilitiker mit der allgemeinen Therapie fortfahren, als wenn es sich um eine frische Lues handelte, denn das späte Auftreten von Mundschleimhautplaques ist ein Beweis dafür, daß die Virulenz der Spirochäten noch nicht erloschen ist.

Fritz Loeb-München.

Zur Frage der Infektiosität der spezifischen Angina, von Lichatschew. (Med. Obosrenje, 1912, Bd. 78, Nr. 13.) Die von L. bei syphilitischer Angina vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen ergaben, daß die Spirochaeta pallida sich nicht nur in der blutig-schleimigen Absonderung der spezifischen Angina, sondern auch im schleimigen Belage derselben nachweisen läßt. Dies spricht für eine große Infektiosität der spezifischen Angina. Die Behandlung mit Salvarsan, wie auch eine lokale Therapie begünstigen einen raschen Schwund der Spirochaeta pallida und können daher als prophylaktische Maßregel empfohlen werden.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Syphilis der oberen Luftwege, von E. Baumgarten-Budapest. (Gégészet, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1912, Nr. 1.) Verfasser beobachtete bei den Mitgliedern der Krankenkasse des Handelsgremiums, daß die Zahl der Patienten mit luetischen Syptomen auf die Hälfte gesunken ist. In den letzten zwei bis drei Jahren fand Verfasser kaum bei jedem 30. Patienten luetische Symptome. Weil nämlich die luetischen Patienten im Spital und auf der Ambulanz jetzt mit Sublimatinjektionen behandelt werden, und zwar gründlich, und die häuslichen, gewöhnlich nachlässigen oder oberflächlichen Quecksilbereinreibungen wurden eingestellt. Auffallend war, daß jene, die sich im letzten Jahre mit erneuerten luetischen Symptomen gemeldet haben, schon ein bis zwei Salvarsaninjektionen bekommen haben. Die Rachensymptome, gewöhnlich Ulzera auf den Tonsillen und ihrer Umgebung haben sich doch erneuert, während solche Patienten mit Rezidiven selten vorgekommen sind, die Salvarsan nicht bekommen haben. Daraus folgt natürlich nicht, daß die Rezidive nach Salvarsan häufiger sind.

Digitized by Google

Das Anwenden beider Mittel nacheinander führt zu einem bessern Resultat. Bei einem poliklinischen Patienten waren im Rachen und in der Kehle häßliche Ulzera und überdies ein pustulöser Ausschlag auf dem Gesichte und den Händen. Er bekam Jodkalium, die Schluckbeschwerden besserten sich, aber die Ulzera in den oberen Luftwegen und der pustulöse Ausschlag änderte sich nicht. In der dermatologischen Abteilung bekam er eine Salvarsaninjektion. Auf der ganzen Linie stellte sich eine auffallende Besserung ein, aber nach einer Woche trat wieder der frühere Zustand auf. Ebenso schnell bildeten sich sämtliche Symptome nach der zweiten Injektion zurück und stellten sich wieder zwei Wochen später ein. Verfasser machte die Erfahrung, daß Lues um so leichter und gründlicher geheilt werden kann, je früher sie akquiriert wird (in jüngerem Alter). Auffallend war, daß mit schwereren luetischen Symptomen eher ältere Männer gekommen sind. Bei älteren Männern sah Verfasser zumeist tertiäre Symptome, bei jüngeren aber selten. Bei Frauen war es gerade umgekehrt der Fall. Bei jüngeren geheimen Prostituierten sah Verfasser oft Gummen und zumeist auf der hinteren Seite des Gaumenbodens. Bei diesen sind hochgradige und zumeist sehr peinliche Schluckbeschwerden vorhanden; ihr Arzt sieht in der Kehle nichts und weist sie an den Spezialisten. Wenn man den Nasenrachen mit dem Spiegel besichtigt, fällt auf dem inneren Teil des Gaumens in der Mitte ein meist belegtes, zerfallenes Gumma, diese Fälle bessern sich, nachdem die meisten schon einer Quecksilberbehandlung teilhaftig geworden und, nach großer Jodkaliumdosierung und lokaler Behandlung so sehr, daß sie sich nach ein bis zwei Tagen nähren können.

Mit den Sublimatinjektionen wird sofort bei denen begonnen, die keiner Quecksilberbehandlung teilhaftig geworden sind. Wenn das Ulkus oder das zerfallene Gumma geheilt war, haben sie sich auffallenderweise nach kurzer Zeit, schon nach 8—14 Tagen, mit denselben Erscheinungen eingestellt. Zumeist entsteht in der Nähe des früheren Ulkus eine ähnliche neuere Veränderung, und die Behandlung beginnt von neuem, aber jetzt schon in jedem Falle auch mit Sublimatinjektionen. In einigen Fällen kam noch eine dritte, sogar ausnahmsweise eine vierte Neuerung zustande; bei diesen heilen sie auch nach einfacher Jodkaliumbehandlung rasch. In einzelnen Fällen besteht die Malignität der Syphilis darin, daß die Rezidive in rascher Aufeinanderfolge sich mehrere Male wiederholen. Verfasser machte auch die Wahrnehmung, daß die Erneuerungen auch nach längeren Intervallen, nach ein bis zwei Jahren, auftreten können. Nach Verfassers Ansicht ist in letalen Fällen nicht so sehr die Malignität die Ursache als vielmehr die Vernachlässigung. Bei den Erkrankungen der letalen Fälle ist die Todesursache Karies und nekrotische Komplikationen in den ethmoidalen Zellen, im Sinus sphenoidalis und in ihrer Umgebung mit den verschiedenen meningealen Symptomen, Karies der Wirbel beim Zerfall der Gummen, Perichondritis, wenn der Luftröhrenschnitt (Laryngotomie) nicht zur Zeit erfolgt und die Gummen von der Speiseröhre in die Luftröhre durchbrechen. Das Resultat der allgemeinen Behandlung ist, daß an den Rändern des Ulkus und der zerfallenen Gummen gesunde Granulationen entstehen, die immer wieder zu vernichten schade ist. Zu diesem Zwecke benützt Verfasser seit Jahren reine Jodtinktur als kräftiges Desinfiziens. Die Wunde ist schon am nächsten Tage reiner, die Schluckbeschwerden sind viel milder. Die frischen Granulationen werden nicht vernichtet, sondern vielmehr vermehrt, und es ist gelungen, größere Gewebsdefekte mit diesem Verfahren mit minimalen Fisteln oder meist vollkommen zu heilen.

Bei sehr tiefen Ulzera, wenn große Schmerzen und in der Tiefe des Ulkus Nekrose gefunden werden, wird die Behandlung mit flüssiger Chromsäurelösung vorgenommen. Die Patienten ertragen das gut. Der Ulkus wird bedeutend reiner, die Schmerzen vergehen, und auch der nekrotische Prozeß nimmt ein rasches Ende. Die nekrotischen

Digitized by Google

Knochen müßten schnell entfernt werden, denn dadurch heilt der Prozeß rascher. Die tieferen Kehlkopfulzera behandelt Verfasser mit Anästhesin-Koryfinlösung, bis die Schluckbeschwerden vergehen. Nach einer solchen Einspritzung können die Patienten manchmal 24 Stunden lang schlucken und sich nähren. Die schweren Fälle der Lues tarda kamen zumeist in sehr vernachlässigtem Zustande zur Beobachtung, weil sie nicht mit großen Schmerzen einhergehen. Porosz-Budapest.

Syphilitische Lungenaffektionen und Immunität bei eingesessenen Stämmen, von H. C. French-Malta. (Lancet, 27. Juli 1912.) Im Anschluß an die Brocksche Arbeit über die Verbreitung der Syphilis bei den Eingeborenen in Südafrika (Lancet, 11. Mai 1911) zitiert F. mehrere Stellen aus seinen eigenen, vor 15 Jahren erschienenen Publikationen, welche das gleiche Thema behandeln. Er führt aus, daß die Syphilis als Ursache von krankhaften Veränderungen an der Lunge eine große Rolle spielt, deren Bedeutung im allgemeinen durchaus nicht genügend gewürdigt werde. Nach einigen Bemerkungen über die Vorgänge, welche sich bei der medikamentösen Behandlung der Syphilis abspielen, betont er zum Schluß die Bedeutung der Hygiene im speziellen und im allgemeinen Sinne im Kampfe gegen die Ausbreitung der Seuche. Auf Malta ist die Zahl der frischen Infektionen bei der Garnison in den letzten Jahren stetig gesunken, offenbar infolge von zweckmäßigen Vorkehrungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur Kenntnis der Lungensyphilis beim Erwachsenen, zugleich über sogenannte muskuläre Lungenzirrhose, von Takehiko Tanaka-Japan. (Virchows Arch., Bd. 28, H. 3.) In den Lungen kommen syphilitische Veränderungen entweder als gummöse Knoten mit fibröser Wucherung oder nur als Induration ohne Vergesellschaftung mit Gummen vor. Als wichtige histologische Unterscheidungsmerkmale gegenüber der Tuberkulose stellen die Lungengummata eine bindegewebige Matrix im zentralen, verkästen Herde, und in seiner Umgebung einen breiten, schichtenweise angeordneten Granulationssaum dar, welcher an Kapillaren sehr reich ist. Riesenzellen sind im Granulationsgewebe des Gummaknotens im Gegensatz zur Tuberkulose selten vorhanden. Unter den Rundzellen, die sich im jungen Granulationsgewebe um des nekrotische Zentrum der Gummata finden, spielen die Plasmazellen die Hauptrolle, und auch im indurierten Gewebsteil treten sie reichlich auf. Die elastischen Fasern sind im verkästen Herde der Gummi ziemlich stark reduziert, während sie im Indurationsteil dagegen nicht nur ganz gut erhalten sind, sondern auch ein dichtes Netzwerk bilden. Die Induration der erworbenen Lungensyphilis ist im histologischen Bilde der weißen Pneumonie bei kongenitaler Syphilis fast gleich. Als Gefäßveränderungen treten sowohl in den Gummen als auch in der Schwiele außerordentlich starke Endarteriitis obliterans, sowie Periarteriitis und Endophlebitis hervor. Mesarteriitis kommt, wenn auch im geringen Grade, vor. Solche Gefäßveränderungen bilden ein spezifisches Kriterum für die Beurteilung der Lungensyphilis. Glatte Muskelfasern lassen sich in der Mehrzahl der Fälle reichlich, in einigen Fällen nur in geringerer Menge in der syphilitischen Induration nachweisen. Schourp-Danzig.

Der Pyopneumothorax in der Lungensyphilis, von Ch. Roubier und H. Bouget. (Rev. de méd., März 1912.) Trotz der großen Ähnlichkeit der Lungentuberkulose mit der Lungensyphilis wurde der Pneumothorax bei letzterer niemals beobachtet. Der von den Verfassern berichtete Fall zeigt aber, daß dies ausnahmsweise auch möglich ist. Es handelte sich um eine 43jährige Frau, welche ein Jahr vorher wegen Zervixkarzinom operiert worden war und die im Juli 1911 wegen progressiver Kachexie und starker Expektoration im Spital eingeliefert wurde, wo sie 9 Tage später starb. Bei der klinischen Untersuchung fand man einen rechtsseitigen Pyopneumothorax, an der Spitze etwas Rasseln. Man glaubte zuerst, einen tuberkulösen Pneumothorax vor sich zu haben.

Digitized by Google

Doch mußte man nach Auftreten eines fötiden Auswurfs und beim Fehlen von Tuberkelbazillen diese Diagnose wieder aufgeben, und man dachte eher an eine putride Pleuritis abdominalen Ursprungs oder an eine Lungengangrän mit Perforation. Bei der Autopsie war die rechte Lunge von grauem Aussehen und zeigte viele kupiliforme Depressionen (dilatierte Bronchiolen). Die histologische Untersuchung ergab eine ausgesprochene Hyperplasie, reichliche alveoläre Neubildungen und arterielle Läsionen, so daß die Diagnose Lungensyphilis gestellt werden konnte. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Knochensyphilis, der Tuberkulose vortäuschte, von L. W. Ely-Denver. (Med. Record, 22. Juni 1912.) Es handelte sich in dem beschriebenen Falle um Finger- und Handgelenksknochen der linken Hand eines 33jährigen Arztes, der syphilitische Infektion strikte verneinte; Wassermann negativ, v. Pirquet positiv. Es kam zur Amputation des Zeigefingers; das entfernte Gewebe wurde von einem geübten Pathologen für tuberkulös erklärt; dabei fanden sich sonst keinerlei Zeichen von Tuberkulose, auch die Lunge war vollkommen gesund. Als nach Monaten eine Schwellung des Handgelenks und Kniegelenks dazukam, wurde der Wassermann wiederholt und war positiv. Alle Symptome verschwanden nach einer Hg-Injektionskur.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Malum Potti syphilitischen Ursprungs, von Auvray. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 24.) Es handelte sich in dem mitgeteilten Falle um die Stellung der Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und luetischer Spondylitis, welche um so schwieriger war, als der Kranke zugleich an chronischer, akut gewordener Bronchitis litt. Der Verfasser glaubt, daß das gleichzeitige Vorhandensein von Gummata der Schädeldecke und besonders die Lokalisation der Spondylitis im Zervikalgebiet, welche bei der syphilitischen Spondylitis die Regel bildet, für die Diagnose maßgebend ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Syphilis der Thyreoidea, von Antonin Poncet und René Leriche. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 63.) Eine 38jährige Frau bekommt anfangs 1911 eine Schwellung der Thyreoidalgegend mit starker Dyspnöe. Die Thyreoidea war vergrößert, bretthart und hatte große Ähnlichkeit mit dem bei der Thyreoidea lignosa bekannten Zustande. Da die Patientin früher eine gummöse Ostitis der Tibia durchgemacht hatte, wurde gleich eine Injektionskur mit Hydrargyrum bijodatum vorgenommen, welche zu einer Verminderung der Symptome führte. Bald erschien aber die Dyspnöe wieder und wurde so stark, daß unter dem Verdacht eines Carcinoma lignosum der Drüse zur partiellen Thyreoidektomie geschritten wurde. Die Operation brachte nur vorübergehende Erleichterung. Denn bald kehrte die Dyspnöe in gesteigertem Maße wieder. Eine intensive Kur mit Hydrargyrum bijodatum und Kalomel führte zu absolut keinem Erfolg. Man entschloß sich dann zu einer intravenösen Salvarsaninjektion von 0,4. Wenige Stunden nach derselben stellte sich ein äußerst heftiger dyspnoischer Anfall ein, schlimmer als er je gewesen war, welcher von äußerst heftigen Schmerzen in der Drüse gefolgt war (Herxheimersche Reaktion? der Ref.). Schon abends ließen die Symptome nach, und 3 Tage später begann die Patientin überhaupt besser zu werden. Am 4. Tage nach der ersten Injektion wurden nochmals 0,4 und 12 Tage später 0.6 gegeben, worauf vollständige Heilung eintrat. Bemerkenswert an dem Falle ist, daß er auf Quecksilber in keiner Weise reagierte, während Salvarsan einen prompten Erfolg hatte.

A. Gunsett-Straßburg.

Nabelschnurentzündung und Syphilis, von M. Simmonds-Hamburg. (Virchows Arch., Bd. 209, Heft 1.) S. untersuchte im ganzen 400 Fälle; er fand, daß in etwa 50% der Früchte und Neugeborenen syphilitischer Abkunft eine Nabelschnurentzündung anzutreffen ist. In etwa 9% der Früchte und Neugeborenen nichtsyphilitischer Abkunft

Digitized by Google

finden sich die gleichen Veränderungen. Der Nachweis einer Nabelschnurinfiltration berechtigt in keiner Weise zur Diagnose Lues. Sowohl in den syphilitischen, wie in den syphilisfreien Fällen trübt das Vorhandensein der Infiltration die Prognose des Kindes nicht. Die Infiltrate können vorwiegend im Stroma oder vorwiegend in den Gefäßwandungen oder an beiden Orten lokalisiert sein. Lieblingssitze der Infiltrate sind die äußeren Schichten der Gefäße und ihre nächste Umgebung. Nur selten gehen die Infiltrate mit degenerativen Veränderungen der Gefäßwand oder Nekrose einher.

Schourp-Danzig.

Syphilis der Schrumpfniere, von C. Hirsch-Göttingen. (Med. Klinik, 1912, Nr. 28.) Schon Wagner hatte besonders auf das Vorkommen von Nierensyphilis hingewiesen und in der Syphilis nicht nur für die akute Nephritis, sondern auch für die Schrumpfniere ein ätiologisches Moment gefunden, das oft in der Sekundärperiode akut zu den schwersten nephritischen Erscheinungen mit Ausgang in Schrumpfniere, oft auch in ganz schleichender Weise zu einer Schrumpfniere führen kann. Nach Wagner hatten zahlreiche andere Verfasser auf diesen Zusammenhang hingewiesen, aber im allgemeinen nur bei Amyloiderkrankung der Niere denselben gelten lassen, zumal, da sich etwas besonders Charakterisches in dem Bilde der interstitiellen syphilitischen Nephritis nicht finden ließ. Etwas leichter wird die Diagnose, wenn es sich um herdförmige interstitielle Erkrankungen handelt, wie Löhlein betont, der auch, gestützt auf die Beobachtungen einseitiger Schrumpfniere nach Syphilis, auf die Bedeutung einer primären syphilitischen Gefäßerkrankung hinwies. Der Verfasser selbst hat in drei Fällen seiner Praxis gleichzeitig mit der Schrumpfniere luetische Veränderungen an der Aorta, bzw. den Koronararterien beobachtet; zugleich betont er die auffallende Häufigkeit von Schrumpfnierenerkrankungen bei relativ jüngeren Männern im 3. bis 5. Lebensdezennium, die anamnestische Angaben über überstandene Syphilis machten. In bezug auf die Therapie ist sowohl bei Hg wie bei Salvarsan, wie bei Jod natürlich die größte Vorsicht geboten; man muß, mit kleinsten Dosen beginnend, ganz allmählich steigen, um nicht weitere Schädigungen des Nierenparenchyms hervorzurufen. Hirsch glaubt, daß in vielen Fällen von arteriosklerotischen Schrumpfnieren eine Syphilis dahinter stecke, rät aber gerade in diesen Fällen ganz besonders zur Vorsicht mit Jodmedikation, deren günstigen Einfluß er auf gummöse Prozesse gelten läßt, während er denselben auf ältere, interstitielle Fälle sehr bezweifelt. In Fällen von Nierenschrumpfung infolge Erkrankung der großen Gefäße ist von einer spezifischen Kur nicht viel zu erwarten. Große Bedeutung legt der Verfasser den dauernden Bindegewebsveränderungen, den fibrösen Hyperplasien bei. Bei der Schädigung des „Zwischengewebes" scheint es sich ganz besonders um eine chronische Giftwirkung zu handeln. Ob diese späte Giftwirkung eine Folge des primären, im Organismus umgewandelten Giftes ist, oder eine indirekte, durch Schädigung gewisser drüsiger Organe und der inneren Sekretion zustande gekommene ist, läßt Hirsch unentschieden, ist aber geneigt, die diffusen, hyperplastischen Prozesse im interstitiellen Gewebe mit „Organschrumpfung" zu den luetischen Späterkrankungen zu rechnen und glaubt an Parenchymschädigungen, die anscheinend spät, das heißt langsam einsetzend, allmählich, aber unaufhaltsam fortschreiten. O. Lasch-Breslau.

Syphilom der Niere, von de Craene. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 23.) Am oberen Pole der Niere ein haselnußgroßer Knoten. Sonst keine spezifischen Erscheinungen, Wassermann negativ. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von multiplen Gummata und seltener Deformität der Leber, von J. J. Jervis und A. L. Dykes-London. (Lancet, 10. August 1912.) Hauptsächlich interessant ist der Fall vom embryologischen Standpunkte aus wegen des Leberbefundes, indem sich eine vollständige Trennung des linken Lappens vom rechten vorfand; die

Digitized by Google

beiden Lappen waren miteinander verbunden nur durch fibröses Gewebe vom Ligamentum falciforme, Blutgefäße, Nerven, Lymphgänge und den linken Ast des Ductus hepaticus. Diese Beobachtung bietet also eine bemerkenswerte Stütze für die Theorie, daß die Leber sich aus zwei getrennten Keimanlagen ursprünglich entwickelt, welche im weiteren Verlauf der Entwicklung sich vereinigen. In syphilidologischer Hinsicht war bei dem Falle bemerkenswert, daß die 58jährige Patientin gleichzeitig die Erscheinungen der Leberlues und Affektionen an verschiedenen Knochen, sowie deutliche Symptome tabischer Art darbot. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die syphilitischen Tumoren des Magens und sonstige syphilitische Tumoren der Oberbauchgegend und ihre Diagnostizierbarkeit, von Theodor Hausmann-Tula. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 7.) Im ersten Abschnitt der eingehenden Arbeit bespricht der Verfasser die einzelnen Formen der Syphilis des Gastrointestinaltraktes resp. ihre Symptome und Diagnostizierbarkeit. Die wichtigsten Befunde in der Literatur werden erörtert. Hierauf geht er auf die durch ihn ausgebaute topographische Gleit- und Tiefenpalpation ein. Bei ersterer bewegen sich die tastenden Finger über das zu tastende Organ in einer zur Achse quer gelegenen Richtung; bei letzterer müssen die Finger gekrümmt werden. Auf diese Weise kann man viele Einzelheiten in der Bauchhöhle tasten, was der Verfasser näher erläutert. Eingehend bespricht er dann die verschiedenen palpatorischen Befunde bei syphilischer Erkrankung der Abdominalorgane. An fünf Fällen, deren Krankengeschichten er möglichst genau gibt, erläutert er die Möglichkeii der Diagnose mit Hilfe der Palpation. Der Verfasser hofft, daß in Hinkunft durch Erhebung genauer Tastbefunde eine große Lücke in den diagnostischen Kenntnissen wird ausgefüllt werden und die syphilitischen Tumoren des Magendarmtraktes leichter diagnostizierbar werden. Wer sich mit der intestinalen Syphilis beschäftigt, wird manche Anregung finden. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Magensyphilis, von Hausmann. (Praktitscheski Wratsch, 1912, Nr. 27 u. 28.) Beschreibung eines Falles von Hyperplasia ventriculi syphilitica bei einem 26jährigen Handwerker, 9 Jahre nach der Infektion. Wassermannsche Reaktion schwach positiv. Nach drei Injektionen von Salvarsan (zwei intravenös und eine intramuskulär) trat im Laufe von 6 Wochen völlige Genesung ein. Die Wssermannsche Reaktion wurde negativ. Arthur Jordan-Moskau.

Die Bedeutung der Syphilis für die Augenkrankheiten auf Grund von 150 Beobachtungen, von Ernst Hölscher. (Dissert., Kiel 1912.) Die Wassermannsche Serumreaktion bestätigt einmal alte klinische Erfahrungen über die hervorragende Beteiligung der Lues an zahlreichen Augenerkrankungen und gibt in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen, wenigstens wenn sie positiv ausfällt, einen sicheren und schnellen Aufschluß. Weiterhin hat sie eine Reihe von Augenerkrankungen, die man früher nur als lokales Leiden, wie z. B. viele Iritiden, auffaßte, als Symptom einer schweren Allgemeininfektion erkennen gelehrt, und dadurch ermöglicht sie es, sofort die richtige Therapie einzuschlagen. Die Sicherheit, die die Reaktion gibt, ist allgemein als recht groß zu bezeichnen, da der positive Ausfall für das spezielle Gebiet der Augenerkrankungen stets eindeutig ist, die Zahl der syphilitischen Augenaffektionen mit negativem Ausfall doch sehr gering ist und sich außerdem der negative Ausfall in vielen Fällen durch vorausgegangene antisyphilitische Behandlung erklärt. Diese verbesserte und schnellere Diagnostik hat fernerhin gelehrt, manche Augenerkrankungen rein nach ihrem klinischen Bilde anders zu bewerten als früher; ganz besonders ist dies zum Beispiel bei der Iritis der Fall, die jetzt von vornherein als Symptom einer Allgemeinerkrankung, in erster Linie der Lues und Tuberkulose, aufgefaßt wird. In therapeutischer Hinsicht ist nach wie vor das Traitement mixte an die Spitze zu stellen, da es noch immer die

Digitized by Google

besten Dauerresultate aufweist. Bewährt hat sich daneben in geeigneten Fällen, wo ein energisches Vorgehen gewünscht wird, durchaus die Injektionsbehandlung mit Kalomel, Hydrarg. salicyl. und Hydrarg. bijodatum, sowie auch die alte ZITTMANN-Kur. Über das Salvarsan will Verfasser nach seinen wenigen Fällen kein sicheres Urteil abgeben. Im ganzen waren die Resultate wenig befriedigend, eine prompte Wirkung wurde nur ausnahmsweise, eine Sterilisatio magna nie beobachtet. Doch lassen die von anderen Seiten berichteten günstigeren Resultate hoffen, daß auch die Augenheilkunde nach längerer Erprobung ihre Vorteile von dem Salvarsan haben wird. Fritz Loeb-München.

Zur Frage der gummösen Geschwüre der Konjunktiva des Augenlides, von ORETSCHKIN. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 30.) Die Seltenheit der gummösen Geschwüre der Augenlider gibt Verfasser Veranlassung, einen derartigen Fall zu beschreiben. Das schmerzlose Ulkus auf der Bindehaut des linken Augenlides war von runder Form mit gezackten, harten, leicht unterminierten Rändern und einem schmutziggrauen Grunde. Die Lymphdrüsen waren nicht vergrößert. Die Anamnese ergab, daß der 50jährige Kranke vor vielen Jahren Lues gehabt hatte, und der Erfolg der Therapie bestätigte die Diagnose. Arth. Jordan-Moskau.

Zwei Fälle von HUTCHINSONscher Keratitis, von G. SORRENTINO. (Soc. med. chir. Anconetana, 1912.) Mitteilung von 2 Fällen bei heredosyphilitischen Kindern von 7 und 14 Jahren, welche auf Quecksilberbehandlung gut reagierten.

A. Gunsett-Straßburg.

Das syphilitische Pseudo-Hypopyon, von ROLLET. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 19.) Verfasser weist darauf hin, daß in jedem Stadium der Syphilis in der vorderen Augenkammer puriforme Massen auftreten können, die nicht durch Eiterung, sondern durch gummöse Einschmelzung an der Iris oder Kornea bedingt sind. Für die Diagnosestellung kommt das Fehlen eines Kornealgeschwüres, die geringe Beweglichkeit, die krümelige Beschaffenheit, die unregelmäßige obere Begrenzung und die etwas blutige Farbe des Hypopyons in Betracht. Heilung durch spezifische Behandlung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Syphilis und Taubheit, von JAMES KERR LOVE. (Glasgow Journ., 1912, Nr. 5.) Verfasser hatte Gelegenheit bei 37 Kindern einer Taubstummenanstalt die WASSERMANNsche Reaktion vorzunehmen. 17 von diesen litten an sporadischer infantiler Taubheit, 15 an erworbener und 5 an hereditärer. Nur dreimal war die WASSERMANNsche Reaktion positiv. Ein Kind war nicht völlig taub, litt aber an Artikulationsstörungen; das zweite Kind wurde mit 12 Jahren taub; seine Mutter und Schwester sind syphilitisch. Das dritte Kind ist taub geboren. Richard Frühwald-Leipzig.

Die WASSERMANNsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit, von D'AMATO. (Morgagni, 20. April 1912.) Ein 17jähriger junger Mann wird ganz plötzlich von Schwindel, Erbrechen und Taubheit befallen, die links vollständig, rechts beinahe vollständig war. Außer einer allgemeinen Drüsenschwellung war weder anamnestisch noch bei der Untersuchung etwas von Lues nachzuweisen. Doch war die WASSERMANNsche Reaktion vollständig positiv. Es stellte sich dann heraus, daß der Vater des Patienten, der jetzt 45 Jahre alt war, in seinem 18. Jahre Lues hatte, die er schlecht behandelte. Er heiratete im 24. Jahre. Die Frau machte zuerst einen Abort durch, dann wurde der Patient geboren, es folgte dann ein totes Kind, ein gesundes und ein mazerierter Fötus. Es handelte sich also um Lues hereditaria tarda. Die Taubheit wurde durch eine energische Hg-Kur nicht beeinflußt. A. Gunsett-Straßburg.

Hämophilie bei einer Syphilitischen, von ACHARD und SAINT GIRONS. (Bull. méd., 1912, S. 438.) Eine syphilitische Patientin mit Nephritis bekam im Anschluß an eine Hg-Kur Stomatitis. Als 2 Zähne extrahiert wurden, erfolgten heftige Blutungen;

Digitized by Google

das Blut hatte die Zeichen der Hämophilie. Die Kranke starb urämisch. Die Verfasser glauben, daß der Syphilis eine ätiologische Rolle bei der Hämophilie zufalle.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über syphilitische Venenentzündungen, von L. Török. (Pester med. chir. Presse, 1912, Bd. 48, Nr. 1.) T. bringt einen kasuistischen Beitrag für das bisher in der Literatur etwas stiefmütterlich behandelte Vorkommen von syphilitischen Venenentzündungen im Früh- und Spätstadium der Krankheit. Verfasser beschränkt sich in den Krankengeschichten der sieben einschlägigen Fälle, deren Details im Originale nachzulesen sind, auf die klinischen Merkmale der syphilitischen Phlebitis, ohne irgend welche Angabe über die Art und den Erfolg der eingeleiteten Kur zu machen, so daß man geneigt sein könnte, an eine Phlebitis bei einem Syphilitiker zu denken, da auch das Symptomenbild wenig Charakteristisches bietet, ausgenommen das Koinzidieren der Venenentzündung mit anderen syphilitischen Manifestationen. Fünf Fälle gehören dem Frühstadium, zwei dem Spätstadium an; es handelt sich fast immer um eine Erkrankung der Vena saphena in ihrem Unterschenkelteil, nur einmal ist dieselbe auch im Oberschenkel mit erkrankt. Die in den meisten Fällen nodöse Form der konkomitierenden Syphilismanifestationen veranlaßt manche Verfasser, isoliert auftretende nodöse Syphilide fur zirkumskripte Phlebitiden syphilitischen Ursprungs aufzufassen.

O. Lasch-Breslau.

Ein Fall von Endarteriitis syphilitica der Arteria lingualis mit Gangrän der Zunge, von Ludwig Liebl-Seefeld i. T. (Öst. Ärzte-Ztg., 1912, Nr. 8.) Ein 11jähriger Knabe kam wegen Halsschmerzen und Schwellung der Halsdrüsen zur Behandlung, und es wurden Sklerosen auf den Tonsillen und Reste einer Rezidivroseola festgestellt. Die weitere Nachforschung ergab bei seiner Mutter, wie auch bei der Schwester und dem Bruder Zeichen einer extragenitalen Syphilisinfektion. Der Knabe wurde lokal (warum nicht spezifisch? D. Ref.) behandelt, die Erscheinungen gingen zurück, als etwa 2 Monate nach der ersten Konsultation die Zunge stark anschwoll und schmerzhaft wurde. Die Zunge wurde immer größer, verfärbte sich blaurot und wurde schließlich ganz schwarz und gangränös. Die Gangrän griff auch auf das Zahnfleisch, die Lippen und Wangen über. Etwa 5 Wochen später erfogte der Tod. Verfasser betrachtet die Zungengangrän als Effekt einer syphilitischen Endarteriitis der Arteria ingualis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Sexuelle Belehrung der aus der Volksschule entlassenen Mädchen, von A. Heidenhain-Steglitz. (Leipzig 1912, Johann Abrosius Barth.) Der von der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Flugschrift herausgegebene Vortrag ist nunmehr in zweiter Auflage erschienen. Die Form ist unverändert geblieben, nur sind einige Zusätze — z. B. über Geschlechtskrankheiten und ihre Verbreitung usw. — hinzugekommen.

A. Gunsett-Straßburg.

Über das Malariapigment, von Vittori Ascoli. (Policlinico 1910, Nr. 6.) Es gelingt, aus der Milz Malariakranker eine Quantität Pigment zu gewinnen, welches sich bei der chemischen und spektroskopischen Untersuchung als Hämatie erweist, das der Parasit aus dem Hämoglobin extrahiert.

A. Gunsett-Straßburg.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Dezember 1912 | Nr. 50 | Band 55

Histologische Untersuchungen in zwei Fällen von papulo-nekrotischen Tuberkuliden.

(Vergleich der histologischen Veränderungen bei Tuberkuliden und bei Parakeratosis variegata oder Parapsoriasis.)

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Richard Frühwald, Leipzig.)

(Mit 1 Abbildung.)

1. Fall. Kiémal, 25 Jahre alt, leidet seit 7 Jahren an häufig wiederkehrenden Schüben von papulo-nekrotischen Tuberkuliden von verschiedener Intensität; bald sind sie generalisiert, bald mehr lokalisiert, heilen spontan und kommen nach kurzen Zwischenräumen von einigen Wochen wieder. Gegenwärtig lokalisieren sich die Effloreszenzen des letzten Schubes an den Handgelenken und an den Vorderarmen, ferner stehen einige isolierte Tuberkulide verstreut auf dem Nacken und dem Stamme. Man sieht kleine, papulöse, knötchenförmige Elemente von blaßrosa Farbe, ferner andere, akneähnliche, im Zentrum pustulöse, die rasch kleine Krusten bilden, die nach dem Abfallen kleine, von einem braunen Pigmentsaum umgebene weiße Flecke hinterlassen; außerdem sieht man kleine, papulöse Effloreszenzen in Abheilung, die einen Pigmentfleck hinterlassen. Der ganze Thorax und der Rücken des Patienten sind von diesen kleinen, weißen, von einem Pigmentsaum umgebenen Flecken, die die Abheilungsstellen nach den früheren Schüben darstellen, bedeckt. Es waren auch verschiedene Schübe akneiformer, pustulöser und krustöser, den Pusteln der Acne cachecticorum ähnlicher Tuberkulide auf den unteren Extremitäten erfolgt, die Narben und große dunkle Pigmentflecke hinterlassen hatten. Es besteht allgemeine Drüsenschwellung und die Pirquetsche Hautreaktion war stark positiv; nach 24 Stunden hatte sich an der Impfstelle ein großer, roter, geschwollener Infiltrationsherd gebildet und nach 48 Stunden begann Blasenbildung. Die allgemeine Tuberkulinreaktion war ebenfalls positiv, nach 2 Tagen trat eine Temperatursteigerung von 0,7 Grad ein. Das Allgemeinbefinden war gut; die Lungen und die anderen inneren Organe waren normal.

2. Fall. Osman, 26jähriger Marinesoldat, kam in meine Behandlung wegen einer Eruption von papulo-nekrotischen Tuberkuliden auf dem Stamme und den Ober- und Unterextremitäten; das Gesicht und der Hals waren frei. Man sah auf dem Stamme und den Armen ganz kleine, harte, blaßrosa Knötchen, die in der Haut lagen und nicht juckten; ferner sah man andere, papulöse, lichenoide, analoge Elemente, die im Zentrum entweder eine kleine Pustel oder eine kleine, kaum über das Niveau der Papel emporragende und tief in die Kutis reichende Kruste hatten; nach dem Abfallen der Kruste bildete sich in der Mitte der Papel eine kleine, tiefe Einsenkung, und die Papel heilte, indem sie eine weiße, punktförmige Narbe mit einem peripheren Pigmentsaum hinterließ. Beide Arme und der Stamm waren mit diesen kleinen, punktförmigen Narben und Pigmentflecken bedeckt. An den Beinen sah man akneiforme Tuberkulide, die sehr viel

Digitized by Google

größer als diejenigen von einer Acne cachecticorum waren und in der Mitte entweder Pusteln oder tiefreichende Krusten hatten, die nach dem Abfallen tiefere und größere, mit einem schwarzen Pigmentsaum umgebene Narben hinterließen. Beide Beine waren mit diesen Narben und schwarzen Flecken bedeckt. Diese Eruption dauerte 3 Monate; nach Verschwinden der alten Elemente erschienen ohne das geringste Jucken in Schüben neue, und erst nach 3 Monaten verschwand der Hautausschlag. Der Patient machte eine Arsenkur mit Lebertran durch und bekam äußerlich eine Schwefelkalziumlösung. Nach einem Intervall von mehreren Wochen erschien ein neuer, leichterer, analoger Schub von Tuberkuliden und verschwand nach einigen Wochen. Der Patient hatte also während der 7 Monate der Beobachtung 3 Nachschübe, die immer dieselben Charaktere boten.

Histologischer Befund.

Wir haben bei diesen beiden Fälle 3 papulöse Tuberkulide und zwei akneiforme oder pustulöse Tuberkulide exzidiert.

In dem ersten papulösen Tuberkulid sieht man die primären Veränderungen, welche in der Kutis nur aus Entzündung, mäßiger Ausdehnung der Gefäße und der Kapillaren bestehen. Einige der mittleren und tieferen Kutisgefäße sind stärker dilatiert, die Lymphspalten und -gefäße sind auch etwas erweitert. In der Kutis besteht etwas Ödem. Die perithelialen Zellen der Gefäße und der Kapillaren sind hyperplasiert und hypertrophiert, in mehr oder minder zahlreichen, parallelen Zellreihen angeordnet, an gewissen Gefäßen der Kutis sind sie stärker hyperplastisch, nnd es besteht außerdem eine Reaktion im Bindegewebe, indem die Bindegewebszellen hyperplastisch und hypertrophisch, die Kerne und das Protoplasma voluminös, mit zahlreichen, schwammigen Fortsätzen versehen sind. Die Hyperplasie der Bindegewebszellen ist in der ganzen Kutis bis zur Subkutis stark ausgeprägt und die hyperplastischen Bindegewebszellen sind stellenweise in Haufen angeordnet; ferner sieht man um einige Gefäße mehr oder minder dichte, perivaskuläre Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten und Bindegewebszellen bestehen. Außerdem sieht man in der Kutis und im Papillarkörper bis zur Epidermis große Mengen von Pigmentkörnern und -schollen.

In der Epidermis findet sich eine leichte Hyperplasie der Stachelzellen mit großer Pigmentanhäufung in den unteren und mittleren Reihen und einem leichten interzellulären Ödem. Stellenweise ist das Keratohyalin der Körnerzellen verschwunden und es besteht auf der Oberfläche Parakeratose in Form einer pigmentierten Schuppe. Stellenweise beginnt sich diese Schuppe abzustoßen, und es bildet sich unter ihr eine neue, normale, hyperkeratotische Hornschicht, eine neue aus 4—5 Reihen bestehende Körnerschicht und eine hyperplastische, 5—6mal größere Stachelschicht mit großen Kernen und voluminösem Protoplasma und langen Epithelzapfen. In dieser neuen Stachelschicht besteht stellenweise stark ausgeprägtes inter- und intrazelluläres Ödem und Pigmentanhäufung in den Basalzellen.

In dem zweiten untersuchten papulösen Tuberkulid sieht man analoge, nur stärker ausgeprägte Veränderungen. In der Kutis sind die Blutgefäße und Kapillaren, ebenso wie die Lymphgefäße und -spalten stärker dilatiert, das Ödem ist stärker, die Hyperplasie der perithelialen

Digitized by Google

und der Bindegewebszellen ist stärker ausgeprägt, und besonders ist die Anhäufung der Lymphozyten um die Wände der Gefäße und der Kapillaren viel beträchtlicher. Man sieht große analoge, aus Lymphozyten und hypertrophischen Bindegewebszellen zusammengesetzte Infiltrationsherde um die Follikel, Schweißdrüsen und -Ausführungsgänge und stellenweise in dem intervaskulären Bindegewebe der Kutis. Außerdem sieht man in dem Gefäßlumen in Auswanderung begriffene polynukleäre Leukozyten, die im Bindegewebe verstreut sind und sich mit den Infiltrationsherden vermischen, ohne an irgend einer Stelle zu Herden angehäuft zu sein.

In der Epidermis sieht man stellenweise auf der Oberfläche eine sehr dicke, parakeratotische, pigmentierte Schuppe, die sich abzustoßen beginnt. Es bildet sich stellenweise unter ihr eine neue, normale, hyperkeratotische Hornschicht, eine sehr dicke Körnerschicht und eine sehr hyperplastische Stachelschicht mit sehr langen Epithelzapfen und einem stellenweise stark ausgeprägten inter- und intrazellulären Ödem.

In dem dritten papulösen Tuberkulid treten die Veränderungen noch stärker hervor; in der Kutis besteht maximale Dilatation der Blutgefäße und Kapillaren, die Lymphgefäße sind viel stärker dilatiert, die Bindegewebszellen sind im ganzen Bindegewebe der Kutis bis zur Subkutis außerordentlich stark hyperplastisch und hypertrophisch; und man sieht sehr große Herde von hypertrophischen und hyperplastischen Bindegewebszellen, die in dem intervaskulären Bindegewebe der Kutis stellenweise angehäuft sind. Ebenfalls sieht man große Infiltrationsherde von Lymphozyten und Bindegewebszellen um alle Gefäße und Kapillaren, um die Follikel, die Schweißdrüsen und -kanäle. Die polynukleären Leukozyten wandern in großer Menge aus und sind im Gewebe zerstreut und mengen sich in die Infiltrationsherde, ohne an irgend einer Stelle Eiterherde zu bilden. Die wichtigste Veränderung, die man in diesem 3. Tuberkulid findet, besteht in kleinen nekrotischen Herden des Bindegewebes in Form von unregelmäßigen kleinen Inseln, oder mehr oder minder breiten Zügen. Diese finden sich stellenweise in einem Teil des perivaskulären Gewebes der mittleren und tieferen Kutisschichten. In diesen kleinen nekrotischen Inseln verliert das Bindegewebe allmählich seinen normalen Charakter; es wandelt sich in eine diffuse, amorphe, wie homogene, stellenweise granulöse oder fein fibrilläre, wie Fibrin aussehende Masse um. Diese kleinen nekrotischen Inseln färben sich mit Hämatoxylin deutlich blau, während das normale Bindegewebe ungefärbt bleibt. In diesen kleinen nekrotischen Inseln lassen sich die Bindegewebszellen schlecht färben, sind blaß, im Begriffe abzusterben und zu verschwinden. Die polynukleären Leukozyten sind in diesen nekrotischen Inseln und Zügen zu kleinen Haufen zusammengedrängt; aber die Kerne der polynukleären Leukozyten zerfallen größtenteils in unregelmäßige, zahlreiche, stark gefärbte Teile. In den großen neben der Nekrose gelegenen Infiltrationsherden der Lymphozyten und Bindegewebszellen sieht man 2—3 kleine Gefäße mit sehr dicken Wänden, in denen sich Thromben befinden, die aus polynukleären Leukozyten oder zertrümmerten roten Blutkörperchen, oder fibrinösen mit einigen Lymphozyten vermischten Massen bestehen. In dem einen der kleinen Gefäße ist die Thrombose fast total, in den beiden anderen partiell, aber alle

Digitized by Google

andern, zahlreichen Gefäße der Kutis sind maximal dilatiert, und nur einige enthalten kleine partielle Thromben. In allen diesen 3 papulösen Tuberkuliden sind die elastischen Fasern überall bis zur Epidermis ganz normal gefärbt: in den Infiltrationsherden sind die elastischen Fasern verschwunden und man sieht nur einige dünne, elastische Fasern in deren Mitte.

In der Epidermis ist die alte, parakeratotische, pigmentierte Schuppe eliminiert, und unter ihr hat sich eine neue, voluminöse Epidermis gebildet, die aus einer normal dicken, hyperkeratotischen Hornschicht, einer sehr dicken, aus 4—5—6 großen Reihen bestehenden Körnerschicht und einer außerordentlich voluminösen 5—6mal dickeren Stachelschicht mit sehr langen Epithelzapfen besteht, die sich tief in die Kutis einsenken. Außerdem sieht man zahlreiche Mitosen, inter- und intrazelluläres, stellenweise stark ausgesprochenes Ödem und Pigmentanhäufung im Papillarkörper und in den Basalzellen der Epidermis.

Im vierten, dem akneiformen, pustulösen Tuberkulid sehen die Seitenpartien aus wie beim papulösen Tuberkulid, und man sieht in der Epidermis und in der Kutis dieselben oben angeführten Veränderungen; im Zentrum sieht man dagegen Nekrose und Pustulation. Im unteren Teile der Kutis unter der Pustel sieht man nekrotisches, aber nicht vereitertes Bindegewebe: in dieser nekrotischen Partie sind die Bindegewebsfasern zum Teil in unregelmäßige Schollen zerfallen, oder in eine diffuse, unregelmäßige, homogene, stellenweise fein granulierte oder fibrilläre, mit Hämatoxylin sich blau färbende Masse umwandelt. Die Bindegewebszellen sind schlecht gefärbt, blaß, im Begriff zu atrophieren und zu verschwinden und man sieht kleine Herde von polynukleären Leukozyten, deren Kerne zerfallen sind. Stellenweise sieht man in der nekrotischen Partie Leukozytenherde, deren Kerne nicht zertrümmert sind, und über dieser nekrotischen, nicht vereiterten Partie, die im unteren Teil der Kutis liegt, sieht man eine vereiterte Partie mit großen, kompakten Leukozyten; es ist dies eine Pustel, die den ganzen mittleren Teil der Kutis zerstört hat, sowie den Papillarkörper und die Epidermis, deren Zellenreihen auseinander gedrängt und in einen Schorf oder eine eiterige Kruste verwandelt sind. An den Seiten sieht man die Epidermis rund um die Pustel gegen die Kutis hin wuchern und um erstere einen Epithelmantel zu bilden, auf dessen Oberfläche sich eine parakeratotische Schicht entwickelt, die die nekrotischen, vereiterten, pustulösen oder krustösen Teile eliminiert. Unter der Pustel und der nekrotischen Partie des Bindegewebes sieht man das Gewebe der tiefsten Kutisschichten, deren Bindegewebe nicht nekrotisch und normal gefärbt ist; ferner sieht man die entzündlichen Veränderungen und die großen Infiltrationsherde, die wir bereits in den beiden vorhergehenden Stückchen beschrieben haben. Alle Gefäße sind aufs äußerste erweitert, nur einige enthalten partielle Thromben. In den nekrotischen Herden des Bindegewebes und in den vereiterten Teilen sind die elastischen Fasern völlig verschwunden.

Im fünften, dem akneiformen Tuberkulid ist das akneiforme, nekrotische und pustulöse Zentrum in eine eiterige, ausgetrocknete Kruste umwandelt, und es ist zu beiden Seiten und darunter von der Epidermis umgeben, die einen Epithelmantel gebildet hat, auf dessen Oberfläche sich

Digitized by Google

eine parakeratotische Schicht gebildet hat, die die Kruste aufhebt und eliminiert. Unter dieser eitrigen, sich eliminierenden Kruste bildet sich eine neue, sehr voluminöse Epidermis (keine Narbe) mit einer neuen, normalen, hyperkeratotischen Hornschicht, einer sehr voluminösen, aus 4—5 großen Zellenreihen bestehenden Körnerschicht und einer neuen, sehr voluminösen und hyperplastischen Stachelschicht; man sieht ferner zahlreiche Mitosen und lange Epithelzapfen, die sich tief in die Kutis senken. Unter diesen neugebildeten Epidermis sieht man im Papillarkörper voluminöse Papillen und in der Kutis dieselben entzündlichen Veränderungen wie bei den papulösen Tuberkuliden.

Nirgends haben wir in allen diesen 5 papulösen und akneiformen Tuberkuliden reine, tuberkulöse Follikel mit Epitheloid- und Riesenzellen und Tuberkelbazillen finden können; nur in den großen, aus Lymphozyten und hypertrophischen Bindegewebszellen zusammengesetzten Infiltrationsherden haben wir 2—3 Bindegewebszellen gefunden, deren Kerne, in der Zahl von 2 oder 4, unregelmäßig lagen und das Aussehen von kleinen Chorioplasten hatten. Ebenso waren auch in dem vorhergehenden akneiformen Tuberkulid alle Gefäße aufs äußerste erweitert und nur einige enthielten kleine, partielle Thromben.

Zusammenfassung. In unseren 3 papulösen Tuberkuliden sieht man zunächst eine starke Entzündungsreaktion und stellenweise kleine, nekrotische Herde des perivaskulären Bindegewebes in Form von Zügen oder kleinen, unregelmäßigen Inseln. In diesen kleinen, nekrotischen Herden sind die polynukleären Leukozyten in Haufen angeordnet; bei unserem akneiformen Tuberkulid ist die Nekrose des Bindegewebes der tiefsten Kutisschicht ausgedehnter und die in dieser Nekrose dicht angehäuften polynukleären Leukozyten führen zur Vereiterung und zur Bildung einer Pustel und einer eitrigen Kruste. Wie schon oben gesagt, fehlen in unseren beiden Tuberkuliden die typischen tuberkulösen Follikel mit Epitheloid- und Riesenzellen, wie es übrigens in der größten Zahl der Fälle von Tuberkuliden zu sein pflegt.

Nachtrag.

Ein Vergleich zwischen diesen histologischen Veränderungen bei den 2 Fällen von Tuberkuliden und dem früheren Fall von Parapsoriasis [1]).

Ich ziehe diesen Vergleich deshalb, weil bekanntlich zwei namhafte Autoren, Civatte und Milian, die Parapsoriasis als eine Form der Tuberkulide ansehen, während ein großer Teil anderer Beobachter in der Parapsoriasis vaskuläre und entzündliche Veränderungen, wahrscheinlich durch vasomotorische Störungen hervorgerufen, fand.

Bei meinem Fall von „Parapsoriasis en goutte“ hatte ich eine stärkere Hyperplasie der Bindegewebszellen im Papillarkörper festgestellt; in denselben sieht man reichliche Infiltrationsherde aus Bindegewebs- und aus Rundzellen, die sich ausschließlich unterhalb der

[1]) Siehe Derm. Wochenschr. 1912, Nr. 27 u. 28.

Digitized by Google

Digitized by Google

Epidermis befinden; dagegen war die Hyperplasie der intervaskulären Bindegewebszellen in den mittleren und unteren Kutisschichten unbedeutend.

Bei unseren beiden papulösen Tuberkuliden dagegen ist die Hyperplasie der intervaskulären Bindegewebszellen in den mittleren und unteren Kutisschichten ebenfalls sehr stark, und man sieht stellenweise Anhäufung der Bindegewebszellen in dem intervaskulären Bindegewebe in mehr oder minder großen Herden.

Bei der älteren Papel von Parapsoriasis haben wir nicht die kleinen, nekrotischen Herde des perivaskulären Bindegewebes gefunden, wie in unserem papulösen Tuberkulid. Außerdem stellt der schuppende zentrale Teil der älteren Papel der Parapsoriasis spezielle, regressive Veränderungen dar, die man bei den Tuberkuliden nicht sieht. Er bestand aus Stachelzellen, die degeneriert und in homogene hyaline Schollen umwandelt waren oder eine homogene Schuppe bildeten. Dagegen sieht man in der Epidermis der Tuberkulide Hyperplasie, leichtes Ödem, Verschwinden des Keratohyalin und Bildung von einer parakeratotischen Schuppe, unter der sich eine neue, voluminöse und ödematöse Epidermis bildet; aber man sieht nicht die gewissen, regressiven Veränderungen wie bei Parapsoriasis.

Es geht daraus hervor, daß zwischen den histologischen Veränderungen der Parapsoriasis und der Tuberkulide deutliche Unterschiede bestehen. Aber wie ich in meiner Arbeit über die Parapsoriasis schon gesagt habe, müssen noch weitere, sehr genaue Arbeiten vorgenommen werden, um diese Frage zu klären.

Erklärung der Abbildung.

Papulöses-nekrotisches oder akneiformes Tuberkulid.

Man sieht im in Zentrum der unteren Kutisschicht eine Partie von nekrotischem Bindegewebe, das durch Hämatoxylin teilweise blau gefärbt ist (normales Bindegewebe bleibt ungefärbt). Das nekrotische Bindegewebe nimmt einen diffusen, homogenen Charakter an, und die zellulären Elemente im nekrotischen Herde sind atrophisch. Die Nekrose ist durch große Haufen von polynukleären Leukozyten, die auf der Nekrose angehäuft sind, vereitert, und die Eiterung hat eine Partie der mittleren Kutis des Papillarkörpers und der Epidermis zerstört und das Ganze ist in eine eiternde Pustel verwandelt, die darauf zu einer eiternden Kruste vertrocknet. Seitlich und unter der Nekrose sieht man dieselben entzündlichen Veränderungen wie in den papulösen Tuberkuliden, eine Reaktion der sehr hyperplastischen und hypertrophischen Bindegewebszellen in der ganzen Kutis bis zur Subkutis und große Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten und Bindegewebszellen zusammengesetzt sind und sich um alle Gefäße, Follikel, Schweißdrüsen und -kanäle lagern. In der Epidermis sieht man stellenweise auf der Oberfläche eine parakeratotische Schuppe, unter der sich eine neue, sehr voluminöse Epidermis mit einer hyperplastischen ödematösen Stachelschicht, einer sehr dicken Körnerschicht und einer normalen, hyperkeratotischen Hornschicht befindet. Nirgends sieht man tuberkulöse Follikel mit Epitheloid- und Riesenzellen.

Digitized by Google

Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbehandlung einer kleinen Anzahl derselben.

Von

L. Halberstaedter, Berlin.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Warzen, selbst wenn sie schon lange Zeit bestanden, plötzlich spontan, d. h. ohne erkennbare Ursache, verschwinden. Ebenso mysteriös und einer Erklärung zunächst nicht zugänglich erscheint ein weiteres eigenartiges Verhalten dieser Gebilde, nämlich das Verschwinden sämtlicher Warzen eines Patienten, nachdem ein Teil derselben therapeutisch entfernt worden ist. Ein derartiges „Mitgehen" der übrigen Warzen, wenn eine oder mehrere erfolgreich behandelt wurden, ist nach Anwendung verschiedenartiger Behandlungsmethoden beobachtet worden.

Wälsch[1]), der zuerst weitere Kreise für diese Tatsache interessiert hat, beobachtete zweimal das Verschwinden flacher Warzen, nachdem ein Teil derselben mit dem scharfen Löffel entfernt und mit dem Lapisstift verätzt worden war. Galewsky[2]) hatte den gleichen Erfolg nach Anwendung der Elektrolyse bei zwei Fällen. In dem einen Falle handelte es sich um harte, in dem anderen um flache, juvenile Warzen. In dem einen Falle von Galewsky, ebenso in dem einem Falle von Wälsch war Röntgenbehandlung ohne jeden Erfolg gewesen. Barcat[3]) berichtete über einen Fall von flachen Warzen beider Hände, die sämtlich verschwanden, nachdem die eine Hand mit Radiumstrahlen behandelt worden war. In der Diskussion zu der Barcatschen Demonstration erwähnt Danlos einen analogen Fall, bei dem Röntgenbestrahlung denselben Effekt hatte, und Belot bemerkt, daß dieses Verhalten nach Röntgenbehandlung nicht selten ist.

Nach diesen Beobachtungen steht es fest, daß sowohl flache wie harte Warzen spontan verschwinden können, wenn ein Teil von ihnen mit dem scharfen Löffel, durch Elektrolyse, durch Röntgen- oder Radiumbehandlung beseitigt worden ist.

Einen Fall der hierher gehört, der sich aber in seinem Verlauf recht eigenartig verhielt, gebe ich hier kurz wieder.

Frau B. leidet seit vielen Jahren an einer reichlichen Aussaat plateauartiger, flacher Warzen an beiden Händen, besonders an der rechten Hand. Alle im Laufe der Jahre angewandten Behandlungsmethoden waren erfolglos geblieben, nur eine ganz

[1]) Münch. med. Wochenschr., 1911, S. 1968. — [2]) Derm. Wochenschr., 1912, Bd. 54, S. 589. — [3]) Bull. de la soc. franç. de derm., 1910, S. 172.

Digitized by Google

tief gehende Ätzung hatte an einer Stelle eine Warze mit nachfolgender Keloidbildung zum Verschwinden gebracht. Versuche mit Elektrolyse, Resorzinkollodium, Formalin, Kohlensäureschnee, die ich noch in letzter Zeit unternahm, hatten gar keine Wirkung. Zur Probe habe ich dann am 10. Juni einen kleinen, strichförmigen Warzenherd an der rechten Hand, der im Anschluß an eine Nadelritzung entstanden war, mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar mit $^1/_8$ Erythemdosis bei einem Härtegrad von $5^1/_2$ des BAUERschen Qualimeters. Am 17. Juni wurde dieselbe Stelle und noch ein kleiner Herd derselben Hand in gleicher Weise mit $^1/_2$ Erythemdosis bestrahlt. Die Umgebung der betreffenden Stellen war ganz exakt mit Bleifolien abgedeckt worden, so daß nur die beiden isolierten Herde von den Strahlen getroffen werden konnten. Am 26. Juni war der zweimal bestrahlte Herd ganz leicht gerötet, und zwar nur die warzig veränderte Stelle, während der mitbestrahlte normale Hautbezirk der nächsten Umgebung zunächst keine Reaktion erkennen ließ, sich aber in der Folgezeit ziemlich stark pigmentierte. Wegen dieser leichten Reaktion der bestrahlten Warzen habe ich weitere Bestrahlungen nicht mehr vorgenommen. Nun trat ein recht eigenartiger und für die Patientin unangenehmer Verlauf ein. Die zuerst bestrahlten Warzen wurden weiterhin stärker gerötet und bedeutend prominenter, dabei bestand ein erhebliches Jucken. Einige Zeit später fingen auch die zu zweit bestrahlten Warzen an, in derselben Weise, wenn auch erheblich schwächer, zu reagieren. Dabei erwähne ich nochmals, daß Rötung und Schwellung, sowie die später eintretende Schuppung nur auf die Warzen selbst beschränkt blieb, während die normale Haut der bestrahlten Bezirke nur eine Pigmentierung — die Patientin ist brünett — aber keinerlei entzündliche Veränderungen erkennen ließ, daß also keine Überdosierung oder Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen vorlag. Nachdem dieser Zustand einige Zeit lang bestanden hatte, traten allmählich sämtliche anderen Warzen, nicht nur die mit Blei abgedeckten derselben, sondern auch die völlig außerhalb des Strahlenbezirkes befindlichen der anderen Hand, in einen Zustand entzündlicher Reaktion. Alle Warzen wurden hochrot, schwollen an und überragten das Niveau der Haut viel stärker als vorher, auch früher kaum auffallende Exemplare machten diese Reaktion mit. Dabei bestand an allen Stellen ein lästiges Jucken, so daß Patientin mit Recht sehr deprimiert war. Erst nach einigen Wochen, Ende August, ging die eigenartige Reaktion allmählich zurück, und im Anschluß daran schwanden erfreulicherweise die Warzen vollständig, sowohl die bestrahlten wie die unbestrahlten an beiden Händen. Ende September war alles zurückgebildet, manche der abgeheilten Warzen hatten Pigmentflecke hinterlassen, die bestrahlten Hautpartien zeigten noch leichte Röntgenpigmentierung.

Die eigenartige hier beobachtete Reaktion, wie sie in dieser Weise meines Wissens noch nicht beschrieben worden ist, gibt eine Erklärung für das Verschwinden der Warzen nach Behandlung eines Teiles derselben. WÄLSCH zieht zur Erklärung dieses Phänomens die Experimente KREIBICHS heran, nach denen unter bestimmten Umständen durch einen Hautreiz Veränderungen angioneurotischer Natur an einer symmetrischen Stelle auftreten können. Der durch die Behandlung einer Warze gesetzte entzündliche Reiz überträgt sich nach WÄLSCH als vasomotorischer Reflex im Sinne KREIBICHS auf die andere Seite und bewirkt dort das allmähliche Verschwinden der Warzen. Diese Erklärungsmöglichkeit muß zugegeben werden, wenn sie sich auch nur auf annähernd symme-

Digitized by Google

trisch gelegene Warzen der anderen Seite erstrecken könnte, während doch auch ganz unsymmetrisch gelegene Warzen derselben Seite verschwinden. Plausibler erscheint es mir bei Berücksichtigung des von mir beobachteten Falles, daß bei dem Zugrundegehen einer Warzengruppe unter der Behandlung spezifische Substanzen frei werden, die, in die Zirkulation gelangend, bei sämtlichen gleichartigen Gebilden eine Reaktion nach Art der Tuberkulinreaktion auslösen, die eine heilende Wirkung zur Folge hat.

Warum gerade die Röntgenbehandlung in diesem Falle den erwähnten Effekt hatte, während alle anderen Methoden versagten, entzieht sich der Beurteilung, es ist aber sehr leicht möglich, daß jede andere erfolgreiche Behandlung einzelner Warzen dasselbe Resultat geben kann, wenn auch die reaktiven Vorgänge an den übrigen Warzen nicht immer so sinnfällig in die Erscheinung treten wie in dem vorliegenden Falle.

Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand.

Von

Ernst Delbanco, Hamburg.

Halberstaedters äußerst instruktive Beobachtung gibt mir Veranlassung, an dieser Stelle auf einen Fall die Aufmerksamkeit zu lenken, welchen ich in der Sitzung des Hamburger Ärztlichen Vereines am 23. April 1912 demonstriert habe. Das offizielle Referat in dem Publikationsorgan der Sitzungsberichte des Hamb. Ärztl. Vereines, der Dtsch. med. Wochenschr., findet sich in der Nummer 36 vom 5. Sept. d. J.

Delbanco demonstriert ein 21jähriges Mädchen, welches wegen zahlreicher harter Warzen an den Händen zu ihm gekommen war. Die sichere Therapie der Auskratzung mit dem scharfen Löffel hätte nur in Narkose wegen der sehr großen Zahl der vorwiegend um die Gelenke gelagerten Warzen erfolgen können. Die vorgeschlagene Röntgentherapie, welche bei Warzen oft versagt, hatte hier Erfolg. Aber nur die rechte Hand wurde bestrahlt. Die Warzen hatten 18 Monate bestanden und hatten allen Ätzungen usw. widerstanden. Erythemdosis über drei Sitzungen verteilt. In dem gleichen Tempo mit den Warzen der rechten Hand schwanden die Warzen der unbestrahlten linken Hand. Gleiches hatte Wälsch in Prag bei der Auskratzung beobachtet, und über entsprechende Beobachtungen verfügt auch Galewsky in Dresden. Die reflektorisch-angio-neurotischen Theorien von Kreibich bezüglich der Dermatosen könnten durch dieses rätselvolle Phänomen — abgesehen davon, daß Warzen sehr eigenartige und oft spontan schwindende Gebilde sind — eine gewisse Stütze erfahren. Andererseits darf bei der Ansteckungsfähigkeit der Warzen an immunisierende bzw. lytische Vorgänge gedacht werden."

Digitized by Google

Die Annahme immunisierender Vorgänge war von LEWANDOWSKY, als ich ihm meine Beobachtung berichtete, sofort geäußert worden. Sie mußte mir um so sympatischer sein, als mich die Ansteckungsfähigkeit der Warzen seit langem beschäftigt. Vor etwa sechs Jahren hatte ich in einer Versuchsreihe mich vergeblich bemüht, frisch mit dem scharfen Löffel entfernte Warzen in und unter der Haut weißer Mäuse haftbar zu machen. Über die Versuche und die immerhin reizvollen histologischen Bilder der von Leukozyten zerworfenen Epithellager darf ich ein anderes Mal berichten.

Bei der Vorstellung des Falles sprach ich im besonderen von lytischen Prozessen nach dem Vorbild der lytischen Theorie der Tuberkulinwirkung, wie sie LEWANDOWSKY so eindringlich in den Mittelpunkt seiner zusammenfassenden Studien über die Tuberkulose der Haut gestellt hat, und zu welcher wir selbst uns in der Diskussion zu seinem Vortrag bekannt hatten. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1911. LUBARSCH-OSTERTAG, 1912, 16. Jahrg.)

So darf denn meine Beobachtung einen bescheidenen Platz neben HALBERSTÄDTERS Fall finden, welchem eine größere Beweiskraft für obige Annahme zukommt. Da mein erst ganz kürzlich und dazu noch an versteckter Stelle veröffentlichter Fall HALBERSTAEDTER nicht bekannt war, muß auch ihm, wenn es überhaupt darauf ankommt, die Priorität gehören bezüglich einer das Wesen des rätselvollen Vorganges vielleicht treffenden Deutung.

Zum Schlusse bemerke ich noch, daß die histologischen Präparate einer dem linken Mittelfinger der Patientin entstammenden Warze das gewohnte Bild der Verruca vulgaris gaben, eine Wucherung der Stachelschicht und Verdickung der Hornschicht mit zahlreichen Hornperlen. Rein klinisch stellten die Warzen meines Falles einen Übergang dar von den stark zerklüfteten zu den flachen Formen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die syphilitische Mediastinitis in ihren Beziehungen mit dem Aneurysma der Aorta, von EMILE SERGENT. (Presse méd., 1912, Nr. 54.) Eine Mediastinitis syphilitica kann entweder isoliert auftreten (diffuses sklero-gumöses Syphilom des Mediastinums) oder mit tertiären Manifestationen an den Mediastinaldrüsen, an der Lunge oder an der Pleura vergesellschaftet sein. Ferner kann zu gleicher Zeit mit ihm ein Syphilom der Trachea und der Bronchien oder ein Aortenaneurysma vorhanden sein. Für letztere Kombination teilt der Verfasser eine Krankengeschichte mit. Eine 48jährige Frau mit

Digitized by Google

Argyll Robertsonschem Symptom und positivem Wassermann litt seit einem Jahre an Abmagerung, starker Dyspnoë und teilweiser Aphonie. Außerdem bestand ein ungleichmäßiger Radialpuls, der rechts schwächer war als links. Infolgedessen wurde die Diagnose auf Aortenaneurysma mit Kompression des Nervus recurrens gestellt. Die Radioskopie ergab aber eine dunkle Färbung des ganzen Mediastinalraums, so daß eine Affektion des Mediastinums noch dazu aufgenommen werden mußte. Eine eingeleitete Quecksilber- und Jodbehandlung hatte den Erfolg, daß die Dyspnoë behoben wurde, während die aphonische Stimme unverändert blieb. Desgleichen war im radioskopischen Bilde das Mediastinum aufgeklärt, hingegen sah man jetzt deutlich das Aneurysma.

A. Gunsett-Straßburg.

Spezifische Behandlung der syphilitischen Aortitiden und der Aneurysmen, von Vaquez und Laubry. (Bull. méd., 1912, S. 616.) Verfasser haben eine Anzahl Kranker mit intravenösen Injektionen von Salvarsan und Quecksilber, entweder allein oder in Kombination, behandelt. Die Wirkung war verschieden; oft versagte das eine Mittel, während das andere half, oft war es umgekehrt, oder beide Mittel kombiniert wirkten oder beide versagten. Es wurden sehr gute Resultate erzielt, die nicht nur subjektiv waren, sondern auch klinisch und radiologisch bestätigt werden konnten. Am günstigsten sind die Fälle ohne Aneurysmen. Bei Asystolie ist Salvarsan kontraindiziert.

Richard Frühwald-Leipzig.

Spezifische Behandlung der syphilitischen Aortitis und des Aortenaneurysmas, von Vaquez und Laubry. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 25.) Die Verfasser behandelten 28 Fälle. Im allgemeinen raten sie zu einer intravenösen Quecksilberbehandlung, welche sie mit Lipiodol oder Jodkalium kombinieren. Nur bei Mißlingen dieser Behandlung greifen sie zum Salvarsan. A. Gunsett-Straßburg.

Spezifische Behandlung der Aorteninsuffizienz, von Lenoir. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 26.) Der Verfasser sah oft eine bedeutende Besserung dieses Leidens durch Hg-Behandlung. Die Symptome, welche zuerst schwinden, sind die funktionellen, die Dyspnoë und die Angina pectoris. A. Gunsett-Straßburg.

Aneurysma spurium bei Aortitis syphilitica, von Albrecht Steinmeier. (Frankfurt. Ztschr. f. Pathol., Bd. 10, H. 2.) Eine 35jährige, sonst gesunde Patientin kam wegen Kurzatmigkeit und Ödemen zur Behandlung, und es wurde bei ihr ein dekompensierter Klappenfehler angenommen. Nach anfänglicher Besserung verschlimmerten sich die Erscheinungen, und die Kranke starb unter den Zeichen der Herzinsuffizienz. Bei der Sektion fand man im Conus arteriosus einen sich unter dem Endokard vorwölbenden, hühnereigroßen, grauen, prallelastischen Tumor, der mit 2 Semilunarklappen verwachsen war. Der Tumor wölbte sich auch etwas in die Pulmonalis und zwischen Aorta und Pulmonalis in den Herzbeutel vor. Die Aorta war im Anfangsteile etwas erweitert, ihre Wand bis in die Brustaorta stellenweise verdickt, die Intima zeigte weiße Erhebungen von höckerig-runzligem Aussehen, dazwischen Grübchen und Furchen oder strahlig eingezogene Stellen. Rechts von der rechten Koronararterie war eine pfenniggroße, mit Thrombusmassen ausgefüllte Öffnung mit scharfen Rändern. Beim Einschneiden erkannte man, daß der Tumor im rechten Ventrikel ein mit Thromben ausgefüllter Sack war, der durch die erwähnte Öffnung mit der Aorta kommunizierte. Histologisch sah man, daß entweder die ganze Aortenwand in die Tumorwand umbog, oder bloß die Intima, die sich bald in letztere verlor. Der Verfasser faßt nach eingehender Erörterung das Krankheitsbild folgendermaßen auf: Es bestand eine typische syphilitische Aortitis. In der Aorta war ein großes Gumma, bei dem es nicht zur bindegewebigen Umwandlung, sondern zum käsigen Zerfall kam; die einzelnen Stücke wurden dann allmählich vom Blutstrom fortgeschwemmt, und das Blut wühlte sich teils in das umgebende Gewebe,

Digitized by Google

teils buchtete es dasselbe vor. So entstand ein Aneurysma spurium, das in den rechten Ventrikel ragte und zur Pulmonalstenose und -insuffizienz führte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie für die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems, von Nonne. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 43.) Der Vortrag Nonnes, welcher Nervenärzten und Syphilidologen zum Studium zu empfehlen ist, bespricht die Liquorreaktionen, die Wassermannreaktion des Blutes und des Liquor, die Quecksilbertherapie in ihren verschiedenen Formen und die Salvarsantherapie und stellt überall gewissenhaft fest, welche Fragen in Fluß sind und beantwortet werden möchten und was wir sicher wissen.

Die Lues cerebrospinalis bespricht Nonne in ihren 5 Formen: Die Meningoenzephalitis (Symptome: Kopfschmerzen, Benommenheit, Klopfempfindlichkeit des Schädels, Erbrechen, Konvulsionen, Neuritis optica, Hemiparese usw.) ist diejenige, auf welche das Salvarsan den stärksten Einfluß hat. Die Reaktionsbilder (d. h. Lymphozytose, Globulinreaktion, Wassermann in Liquor und Blut, Liquordruck) wurden auch in 7 von 8 Fällen durch die Behandlung günstig beeinflußt. Die übrigen Formen: die isolierte Ophthalmoplegia interior, sei sie Ausdruck einer Hirnlues oder Prodrom der Paralyse, die reflektorische Pupillenstarre bei Systemerkrankung des Zentralnervensystems, die Arteriitis cerebralis, die Meningomyelitis mit oder ohne zerebrale (meningitische, arteriitische) Symptome, diese alle reagieren nicht besser auf Salvarsan als auf Quecksilber. Ein Parallelismus zwischen klinischer Besserung und Besserung des Reaktionsbildes ist nicht regelmäßig zu finden.

Die Meinungen, welche Fälle geeignet oder ungeeignet für Salvarsan sind, gehen auseinander. Die Erkrankung lebenswichtiger Zentren ist eine spezielle Kontraindikation für Salvarsan wegen der Gefahr einer Herxheimerschen Reaktion von seiten derselben. Eine allgemeine Kontraindikation ist Aortitis, wenn sie mit Koronarsklerose und Myokarditis kombiniert ist. Sonstige Organerkrankungen bilden nach Nonne keine Kontraindikation.

Bei Tabes ist Salvarsan dort indiziert, wo wir auch Quecksilber anwenden: in Fällen, welche seit Beginn der Tabes dorsalis noch nicht antisyphilitisch behandelt worden sind oder die sich bei intermittierender Hg-Behandlung wohl fühlen. Endlich ist die toxische Wirkung des Salvarsan bei Fällen mit frühzeitig eintretender Kachexie von Wert. Aber ob Salvarsan bei Tabes mehr als Hydrargyrum bietet, wissen wir noch nicht. Lymphozytose und Phase I gingen relativ häufig zurück (55 Fälle).

Bei Paralyse (33 Fälle) wurde keine Schädigung durch das Salvarsan beobachtet, auch in 2 Fällen von paralytischem Anfall nicht. Die Reaktionen wurden in 18 Fällen kontrolliert und sechsmal vermindert durch die Behandlung, viermal nur Rückgang der Lymphozytose und Phase I beobachtet; die Wassermannreaktion im Blut verschwand in keinem Fall, im Liquor einmal bei Gleichbleiben im Blut. Viermal hat N. eine Besserung, welche der Heilung praktisch gleichkommt, beobachtet! Er bezeichnet weitere Berichte über den Verlauf der seit 1910 behandelten Fälle als wünschenswert. Im allgemeinen bezeichnet N. das Salvarsan bei beginnenden Fällen von Paralyse als erlaubt. Da, wo Hydrargyrum zunächst günstig gewirkt hat und nicht mehr vertragen wird, ist Salvarsan geboten; bei vorgeschrittenen Fällen ist es zwecklos.

Der kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber bedienen sich die meisten Nervenärzte. Natürlich bekommt man dabei kein ungetrübtes Bild über die Wirkungsweise des Salvarsan. Die „heroischen" Injektionskuren (Kalomel, Hg. salicyl.) der Syphilidologen kommen nach N. bei Nervenkranken weniger in Betracht. Die Inunktionen bevorzugt er.

Digitized by Google

Schließlich bezeichnet N. als feststehend folgende Punkte: 1. Eine eminente Einwirkung des Salvarsan auf die Syphilis des Nervensystems. 2. Eine Sterilisatio magna wird damit nur ganz selten erreicht. 3. Eine intensive Salvarsanbehandlung des primären und sekundären Stadiums der Syphilis kann Gefahren für das Nervensystem haben (Enzephalitis!). 4. Die Behandlung von Tabes und Paralyse mit Salvarsan in mittleren Dosen bringt nicht Schaden. 5. Die Überlegenheit von Salvarsan gegenüber Jod und Quecksilber bei der Syphilis des Nervensystems ist bisher nicht bewiesen. 6. Salvarsan ist aber ein mächtiges und, wenn richtig angewendet, bequemes Antisyphilitikum.

Werther-Dresden.

Die Anwendung von Spinalflüssigkeit (Autotherapie) bei der Behandlung chronischer Syphilide, speziell des Zentralnervensystems, von William Browning und William Lintz-Brooklyn. (New York med. Journ., 20. April 1912.) Ausgehend von der bekannten Tatsache, daß die Anti- oder Immunkörper als Heilfaktoren bei spezifischen Affektionen anzusehen sind, daß im Früh- und Sekundärstadium der Lues diese Antikörper im allgemeinen Blutkreislaufe und im späteren Stadium (der Parasyphilis) erst in konzentrierterer Form im Liquor cerebrospinalis sich finden, machten Verfasser therapeutische Versuche mit dieser Spinalflüssigkeit, und zwar wählten sie hierzu in erster Linie Fälle mit spastischen Erscheinungen des Nervensystems, wo noch Zeichen aktiven Fortschreitens der Erkrankung oder die Möglichkeit, krankhaftes Material zu eliminieren, vorhanden waren. Diese Art autogener Impfbehandlung wurde jedoch nur in schweren Fällen von beträchtlich langer Dauer angewandt. Antikörper und Antigene sind bekanntlich im lebenden Organismus in kolloidalem Zustande gelöst vorhanden und können daher nicht durch eine sie zurückhaltende Membran hindurchfiltrieren, die im Rückenmarkskanal befindlichen also nicht die schädlichen Toxine oder Organismen, die sich in den nächsten oder entfernteren Geweben befinden, erreichen, so daß es rationell ist, sie aus dieser untätigen Lage in den allgemeinen Kreislauf überzuführen und ihnen Gelegenheit zu geben, ihre eigentliche Wirkung auszuüben. Peinlichste Asepsis sowohl bei der Punktion wie bei der Injektion sind unbedingt erforderlich, umsomehr, als in vielen dieser Fälle schlechte Ernährungszustände vorhanden sind. Die am meisten geeigneten Flüssigkeiten zeigen bei der ersten Entnahme immer etwas Trübung im Gegensatz zu der kristallklaren Beschaffenheit des normalen Liquor cerebrospinalis (später auftretende Trübung ist wahrscheinlich auf Verunreinigung beruhend). Die bisher studierten Fälle lehren, daß keine irgend wie gefährliche Reaktion durch Anwendung dieser autochthonen Impfung vorkommt, vorausgesetzt, daß genügend Zeit zwischen den verschiedenen Stadien eingeschaltet wird. Vorläufig wollen Verfasser nur hervorheben, daß sich diese Methode in einigen Fällen genannter Art, wenn auch nicht gleichmäßig in allen, bewährt hat; genauere Beschreibung der Methode nebst kasuistischen Beiträgen, ebenso wie Versuche an anderen syphilitischen Prozessen chronischer Art behalten sie sich für späterhin vor.

Stern-München.

Die Anwendung von Spinalflüssigkeit (Autotherapie) bei der Behandlung chronischer Neurosyphilide von William Browning und William Lintz-Brooklyn. (New York med. Journ., 20. Juli 1912.) Nachdem Verfasser die Grundzüge ihrer Methode in vorstehendem Artikel erörtert haben, bringen sie hier eine Anzahl Fälle, die sowohl den therapeutischen wie diagnostischen Wert der Methode beweisen soll. Im allgemeinen und wenn eine genügende (25—50 ccm Menge Flüssigkeit, die ziemlich reich an Antikörpern ist, injiziert wird, zeigen sich die Erscheinungen von Besserung gegen Ende der ersten Woche nach der Injektion. Wichtig ist, daß die Spinalflüssigkeit reich an Antikörpern sei, daß also nicht vorher etwa eine Salvarsaninjektion, welche dieselben in hohem Grade vermindert, gemacht worden sei. Zum günstigen Einfluß

Digitized by Google

dieser Autotherapie trägt auch die mechanische Wirkung der Entnahme von Spinalflüssigkeit auf die lokale Zirkulation und die Zustände des Rückenmarks bei, ferner Bettruhe auf eine Reihe von Tagen, und schließlich spielt vielleicht die Suggestion auch eine kleine Rolle, wenn auch nach Verfasser Überzeugung die Spinalflüssigkeit selbst der Hauptfaktor bleibt. Der praktisch wichtigste Erfolg dieser Injektionen scheint in der verbesserten Darmtätigkeit zu liegen, die in allen Fällen, mag es sich um solche spezifischen Charakters handeln oder nicht, beobachtet wurde. Die Spinalflüssigkeit ist offenbar eine Sammelstelle von mehr als einem der selteneren zirkulierenden Bestandteile des menschlichen Organismus, was jedenfalls auch als Nebeneffekt dieser Injektionen anzusehen ist. Ob dieselben unmittelbar nach Entnahme der Spinalflüssigkeit oder nach ein- bis zweitägiger Pause — bis jede Reaktion verschwunden ist — ob die ganze Menge oder nur ein Teil zu reinjizieren ist, das hängt je von dem speziellen Falle ab; immerhin lehren die heftigen Darmerscheinungen, welche nach Totalreinjektion jedesmal vorkommen, dieselbe nur bei einem Teil der Fälle, und im allgemeinen nicht mehr als 20—30 ccm auf einmal anzuwenden. Stern-München.

Die Behandlung der Syphilis des Nervensystems und der parasyphilitischen Erkrankungen, von W. B. Warrington-Liverpool. (Med. Press. a. Circ., 3. April 1912.) Von der Hg-Behandlung, zusammen mit Jodpräparaten, hat Verfasser bei syphilogenen Nervenerkrankungen gute Erfolge gesehen und rät in erster Linie hierzu. Salvarsan will er nur anwenden, wenn das akute Stadium vorüber ist und keine ernstlichere Gefäßerkrankung vorliegt. — Was die parasyphilitischen Erkrankungen anbetrifft, so hält Verfasser bei der progressiven Paralyse die Salvarsanbehandlung für aussichtslos. Dem Nutzen von Hg und Salvarsan bei der Tabes steht er skeptisch gegenüber, hält deren Anwendung in kleinen Dosen in frühen Erkrankungsstadien jedoch nicht für kontraindiziert. Sonst zu empfehlen Arsen, Strychnin und diätetische Maßnahmen.

Fendt-Wiesbaden.

Die direkte Behandlung syphilitischer Krankheiten des Zentralnervensystems, von Homer F. Swift und Arthur W. Ellis-New York. (New York med. Journ., 13. Juli 1912.) Die Methode der beiden Verfasser besteht darin, nach intravenöser Salvarsan- oder Neosalvarsaninjektion Blut dem Patienten zu entziehen, das Serum abzusondern und am folgenden Tag mit normaler Salzlösung (auf 40%) zu verdünnen, worauf es eine halbe Stunde lang bei 56° C erhitzt wird. Mittels Lumbalpunktion werden 15 ccm Spinalflüssigkeit entnommen und dann 30 ccm des verdünnten Serums auf Körpertemperatur erwärmt, langsam in den Subarachnoidalraum injiziert. Bei Tabetikern folgen auf die Injektion oft leichte Schmerzen, die aber nach 12—24 Stunden wieder verschwinden; bei anderen Patienten treten als Reaktion nur zuweilen Kopfschmerzen auf. Im allgemeinen sind die Injektionen alle 2—3 Wochen zu wiederholen. Wenn auch die Zahl der bisher auf diese Weise behandelten Fälle eine geringe ist, so zeigte sich doch bei allen auffallende Besserung (mit teilweise negativem Wassermann), während bei denjenigen Patienten, denen zur Kontrolle normales Serum (ohne vorhergehende Salvarsaninjektion) eingespritzt wurde, diese Besserung eine viel geringere war. Direkte Salvarsaninjektion in den Lumbalsack scheint nach den an Affen vorgenommenen Versuchen allzu heftige Reaktionen (anhaltende Lähmung der Beine usw.) hervorzurufen. Stern-München.

Über Nervensyphilis, von Schuster-Aachen. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk., 43. Bd.) Zur Vorbeugung der Nervensyphilis ist eine energische Behandlung notwendig, und zwar möglichst frühzeitig nach der Ansteckung 6—8 Wochen mit Quecksilber und während dieser Zeit intravenöse Salvarsaninjektion, ferne alle 3 Monate 4—5 Jahre lang eine chronisch-intermittierende Quecksilberbehandlung: unbekümmert um den Ausfall

Digitized by Google

der Wassermannschen Reaktion, das Ausbleiben oder die eventuelle Zahl der dabei auftretenden Haut- und Schleimhautrezidive, läßt keinerlei prognostische Schlüsse über eine eventuell spätere Nervensyphilis zu.

Alle Fälle von Nervensyphilis, sowie nicht zu weit vorgeschrittene parasyphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems, sind einer chronisch-intermittierenden, aber möglichst schonenden Behandlung mit Quecksilber und Jod zu unterziehen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Hirnsyphilis, von G. B. Queirolo. (Riforma med., 1912, Nr. 17.) Der Verfasser teilt 2 Fälle von schwerer Hirnsyphilis mit, bei welcher er allein mit Quecksilber und Jodkalium vollständige Heilung erzielte. Im ersten Fall handelte es sich um Paresen im Gesicht und der oberen Extremität, mit schweren psychischen Störungen (Amnesie, Paraphasie, Verwirrtheit), im zweiten um Paralyse der unteren, Parese der oberen Extremität, rechts mit Parese des Fazialis derselben Seite bei gesteigerten Reflexen der gelähmten Seite mit Babinsky und ohne Sensibilitätsstörungen.

A. Gunsett-Straßburg.

Tod nach Salvarsanbehandlung infolge von Hirnlues, von F. Soprana. (Accad. med. di Padova, Sitz. vom 26. I. 1912.) Bei einem jungen Mann mit Aortitis syphilitica hatten zwei in 5 Tagen ausgeführte intramuskuläre Einspritzungen von Salvarsan die Heilung des aortitischen Prozesses zur Folge, es traten aber nach kurzem die Symptome einer rechtsseitigen Hemiplegie mit Kephalaea und Konvulsionen, auf und der Patient starb komatös. Bei der Autopsie fand man neben einer diffusen Trübung der weichen Hirnhäute eine frische thrombotische Okklusion der A. cerebri media und ihrer größeren Reste. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine spezifische Entzündung der meningealen und zerebralen Arterien und einige Zeichen einer Endarteriitis vegetans der kleineren Verzweigungen der linken A. cerebri media.

Verfasser ist der Ansicht, daß es sich um den Ausdruck einer durch das Salvarsan herbeigeführten Reakutisierung alter spezifischer Läsionen handle. K. Rühl-Turin.

Diagnose der zerebrospinalen Meningitis mit den Hilfsmitteln des Laboratoriums, von Charles Foix und Marcel Bloch-Paris. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 74 und 77.) Ausführliche Besprechung der Untersuchung des Serums und der Zerebrospinalflüssigkeit. Eiweißvermehrung und Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit müssen als Minimum vorhanden sein, um von zerebrospinaler Lues zu sprechen. Fehlt dieser Symptomenkomplex, so ist praktisch keine zerebrospinale Lues vorhanden Ist außerdem noch ein positiver Wassermann im Blutserum und im Liquor nachzuweisen, so ist die Nervensyphilis absolut sicher. Ferner kommen noch folgende intermediären Fälle vor:

1. Wassermann positiv im Serum „ negativ im Liquor Keine Lymphozytose Eiweißreaktion negativ	Liquor	Sichere Syphilis, aber nicht syphilitische Nervenläsion.
2. Eiweißreaktion positiv Lymphozytose positiv Wassermann negativ „ positiv im Serum	Liquor	Große Wahrscheinlichkeit einer syphilitischen Nervenläsion.
3. Eiweißreaktion positiv Lymphozytose positiv Wassermann positiv „ negativ im Serum	Liquor	Absolut sichere Nervensyphilis.

Digitized by Google

In folgender Tabelle stellen die Verfasser die Befunde bei den einzelnen Erkrankungen zusammen:

	Serum	Liquor
Progressive Paralyse:	W. = +	Albumen = + Lymphozytose = + W. = +
Tabes:	W. = + (in 60%)	Albumen = + Lymphozytose = + W. = + (in 50%)
Syphilis cerebrospinalis:	W. = + (in 80%)	Albumen = + Lymphozytose = + W. = + (in 50%)
Multiple Sklerose:	W. = manchmal +	Albumen } manchmal in Lymphozytose } geringer Menge W. = —
Hirntumor:	W. = —	wie oben
Essentielle Epilepsie:	idem	Albumen = — Lymphozytose = — W. = —
Syringomyelie:	idem	idem
Medullarkompression:	idem	Albumen = + Lymphozytose = — oder gering W. = —
Tumor ponto-medull.:	idem	Albumen = + Lymphozytose = — W. = —

Ist bei den zuletzt genannten Krankheiten das Individuum außerdem noch syphilitisch, so bleibt der Liquorbefund der gleiche, der Wassermann im Serum ist dann aber positiv. A. Gunsett-Straßburg.

Polioenkephalitis syphilitica. Heilung durch Salvarsan, von Baudouin-Paris. (Bull. méd., 1912, S. 616.) 40jähriger Mann kommt wegen linksseitiger Abduzenslähmung in Behandlung. Trotz Quecksilberbehandlung Fazialislähmung, Ptosis und Ophthalmoplegie rechts. Wassermann war negativ. Trotzdem wurde 0,3 Salvarsan injiziert, worauf die Seroreaktion positiv wurde. Nach einer Besserung durch weitere Salvarsandosen kamen die Erscheinungen rechts wieder, und die Ophthalmoplegie wurde total. Heilung durch Salvarsanquecksilberbehandlung. Richard Frühwald-Leipzig.

Meningo-Myelo-Radiculitis syphilitica der Lumbosakralgegend mit Umkehrung der Kniereflexe, von Henri Claude. (Journ. des pratic., 1412, Nr. 16.) Es handelte sich um eine 30jährige Patientin mit Lähmung der unteren Extremitäten und starker Atrophie; nur links waren die Muskeln der Hinterseite des Oberschenkels sowie der ganze Unterschenkel noch ziemlich kräftig erhalten. Der Kniereflex war rechts vollständig verschwunden, links aber in eigentümlicher Weise modifiziert. Perkuttierte man die Quadrizepssehne, so wurde nicht der Unterschenkel gehoben, sondern es erfolgte eine Zusammenziehung des Vastus internus, der Adduktoren und der hinteren Oberschenkelmuskeln. Dies ist auf eine Reizung des Pyramidenbündels der rechten Seite zurückzuführen. Ferner bestand Anästhesie an der Innenseite des rechten Oberschenkels, des Unterschenkels und Fußes. Links war die Sensibilität bis auf die Hinterseite des Unterschenkels, wo sie leicht herabgesetzt war, normal. Die Diagnose wurde auf eine Myelitis der Vorderhörner und eine rechtsseitige Meningo-Radikulitis gestellt, welche rechts sich auf die vorderen Lumbalwurzeln und die erste Sakralwurzel, links

Digitized by Google

auf die vier ersten vorderen Lumbalwurzeln erstreckte. Aus der Anamnese konnte das Vorhandensein einer Lues festgestellt werden. Es bestand außerdem starke Lymphozytose des Liquor und eine positive Wassermannsche Reaktion im Blute.

A. Gunsett-Straßburg.

Epilepsie in der Sekundärperiode der Syphilis, von A. Rubino. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 11.) 1. Die Epilepsie kann in der Sekundärperiode der Syphilis auftreten und ist dann als toxi-infektiöse epileptiforme Neurose anzusehen mit oder ohne Läsion der motorischen Rindenzone. 2. Eine Prädisposition braucht nicht zum Zustandekommen derselben nötig zu sein, wenn sie aber vorhanden ist, so begünstigt sie deren Auftreten. 3. Sie weicht schnell einer antisyphilitischen Behandlung. Persistiert sie, so handelt es sich entweder um einen Epileptiker oder um eine parasyphilitische Neurose, deren Herkunft noch dunkel ist. 4. Man muß in allen Fällen von Epilepsie, die erst nach dem 20. Jahre in Erscheinung treten, an Syphilis denken, auch wenn Syphilis negiert wird. 5. Jedenfalls muß dann eine Probebehandlung mit Quecksilber stattfinden. A. Gunsett-Straßburg.

Ein merkwürdiger Fall von Medullarsyphilis, von J. S. Covisa. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 23.) Ein 31jähriger Patient erkrankte vor 5 Monaten an Syphilis. Die intraurethrale Sklerose ließ eine Verhärtung zurück, die allgemeine Drüsenschwellung ist noch vorhanden, und als weitere Sekundärerscheinungen traten $2^1/_2$ Monate später nächtliche Kopfschmerzen und Papeln der Mundschleimhaut auf, welche nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion verschwanden. Seitdem wurde jede Behandlung sistiert, bis vor wenigen Tagen eine totale linksseitige Fazialisparalyse und eine Lähmung zuerst des rechten, dann des linken Beines und der Sphinkteren auftrat. Am linken Bein war außerdem komplette Anästhesie vorhanden. Nach einer Injektion von 0,3 Salvarsan intravenös, die von starker Fieberreaktion und Kopfschmerzen gefolgt war, ging die motorische Paralyse des linken Beines in wenigen Tagen ganz bedeutend zurück, die Anästhesie hingegen blieb unverändert bestehen, ebenso die Lähmung des rechten Beines und der Sphinkteren. Nach 11 Tagen wurde nochmals, diesmal beinahe ohne Fieberreaktion, 0,35 Salvarsan injiziert, worauf auch die übrigen Lähmungen ebenso wie die Anästhesie verschwanden. Nur die Fazialisparalyse blieb, auch nach zwei weiteren Injektionen von 0,3, bestehen.

Es handelte sich in diesem Falle um eine einseitige Läsion des Rückenmarks mit Brown-Sequardschem Symptomenkomplex, der durch das Hinzukommen einer neuen Läsion auf der entgegengesetzten Rückenmarksseite verwischt wurde. Dies wird besonders auch durch die Therapie bewiesen, denn nach der ersten Salvarsaninjektion gingen die linksseitigen, zuletzt aufgetretenen Läsionen zuerst zurück und hinterließen den Brown-Sequardschen Symptomenkomplex in reiner Form. A. Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der peripheren Nerven bei den metasyphilitischen Erkrankungen, von Gabriel Steiner-Straßburg. (Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr., Bd. 49, Heft 3.) Die sehr interessante und sehr ausführliche Arbeit kann hier nicht eingehend besprochen werden; es sei nur erwähnt, daß der Verfasser zu dem Ergebnis kommt: Wenn sich auch über die Art der Noxe, die bei metaluetischen Erkrankungen das Nervensystem befällt, zumeist nur Hypothesen aufstellen lassen, so ist doch mit Sicherheit festzustellen, daß das periphere Nervensystem — wenn auch in geringerem Grade als das zentrale — von derselben Schädigung betroffen wird. Aus dem Resümee des Verfassers sei noch hervorgehoben, daß sich in den peripheren spinalen Nerven dieselbe spezifische Erkrankung des mesodermalen Gewebes zeigt, wie bei den in Betracht kommenden Teilen des Zentralnervensystems, und daß die periphere Er-

Digitized by Google

krankung zwar dieselbe Ursache hat wie die zentrale, im übrigen aber wahrscheinlich von derselben anatomisch und funktionell unabhängig, d. h. ihr koordiniert ist.

Lasch-Breslau.

Über syphilitische Polyneuritis, von J. Hoffmann-Heidelberg. (Neurol. Zentralbl., 1912, Nr. 17.) Während das Studium der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems seit vielen Jahren intensiv betrieben wird, sind unsere Kenntnisse über Erkrankungen peripherer Nerven infolge von Lues zurzeit noch recht dürftig, so daß jeder aufklärende Beitrag zu dieser Frage wie der vorliegende mit Freuden zu begrüßen ist. Die Fälle von syphilitischer Polyneuritis, die bisher beschrieben wurden, gehören nach H. ausschließlich dem zweiten Stadium der Lues an und kommen stets in der Zeit vom 3.—18., resp. 24. Monat post infectionem zur Beobachtung. Der Verfasser veröffentlicht mit sehr ausführlicher Krankengeschichte, die ebenso wie die daran geknüpften Schlußfolgerungen im Original nachgelesen werden muß, einen schweren Fall von Polyneuritis mit hochgradiger Ataxie, erheblicher spindelförmiger Verdickung der Nervenstämme, bei dem von dem Momente an Besserung eintrat, als die von dem sehr glaubwürdig erscheinenden Patienten geleugnete Syphilis durch Wassermannsche Reaktion und den Befund im Liquor cerebrospinalis (starker Eiweißgehalt und Pleozytose) diagnostiziert und die spezifische Behandlung mit Hg und Jod eingeleitet wurde. Damit fällt auch der Verdacht, daß es sich um eine Hg-Neuritis handle, in sich zusammen.

Otto Lasch-Breslau.

Syphilitische Fazialislähmung, von Charles O. Files-Portland. (New York med. Journ., 20. Juli 1912.) Der 68jährige Patient kam mit völliger linksseitiger Lähmung des Nervus facialis, die unzweifelhaft peripheren Ursprungs und mit Wahrscheinlichkeit auf ein ziemlich breites, im weichen linken Gaumen sitzendes Geschwür zurückzuführen war, in Behandlung. Dasselbe ging unter hohen Joddosen (bis zu 6 g pro Tag) innerhalb 3 Wochen völlig zurück; gegen die Lähmung wurde zuerst der negativ konstante (ca. 5 MA., 10 Minuten täglich) und später der kombinierte konstante und unterbrochene Strom (15—20 Minuten lang) und Vibrationsmassage angewandt, nebenbei Jodkalium (in kleineren Dosen von 1,5—0,3 g), allein und später kombiniert mit Quecksilber (-perjodid in Dosen von 3 mg) gegeben. Nach einem Jahre war die Muskelkraft fast völlig wieder hergestellt, ausgenommen am Mundwinkel, so daß Patient nicht pfeifen oder richtig ausspucken kann. F. stellt sich den ursprünglichen Vorgang so dar, daß das Ulkus eine Neuritis und diese wiederum die Lähmung des Fazialis verursachte, ohne allerdings eine genauere Erklärung dieses Zusammenhanges geben zu können.

Stern-München.

Tabes bei zwei Brüdern, von Pierre Marie und Crouzon. (Bull. méd., 1912, S. 447.) Zwei Brüder mit an verschiedener Quelle erworbener Syphilis. Diese Beobachtung scheint den Verfassern dafür zu sprechen, daß bei der Ätiologie der Tabes nicht nur die Eigenschaft des syphilitischen Virus, sondern auch das Terrain eine Rolle spielt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die gastrischen Krisen der Tabes, von A. Cade und R. Leriche. (Journ. méd., 1912, Nr. 7.) Die gastrischen Krisen können auf medikamentösem und chirurgischem Wege behandelt werden. Außer der Immobilisierung in Rückenlage und der Durchführung einer strengen Diät, außer kalten und warmen Applikationen aufs Epigastrium, außer Opiaten und anderen sedativen Arzneimitteln kommen das Ceriumoxalat (in Pillen von 5—10 cg 3—4 mal täglich), Santonin (3 mal 0,1 g pro die), Inhalationen von Amylnitrit oder subkutane Injektionen von Natriumnitrit (1%), Lumbalpunktion, Röntgentherapie und Galvanisation in Betracht. Ist die medikamentöse Therapie unwirksam, so muß man seine Zuflucht zur chirurgischen nehmen. Handelt es sich um eine sehr

Digitized by Google

schmerzhafte Krise mit starkem Vomitus, Tachykardie, Aussetzen des Pulses, laryngealen Krisen, so muß man eine Erkrankung des Vagus annehmen. Hier ist die Exnersche Operation, die doppelte Vagotomie indiziert. Wenn, wie gewöhnlich, eine Erkrankung des Symphatikus vorliegt, muß zuerst zur Methode von König geschritten werden, und bei Mißerfolg zur Frankeschen (Exstirpation der Nervi intercostales) oder zur Operation von Jaboulay (Eingriff auf den Plexus solaris). Bei Rezidiv oder Mißerfolg wird die Foerster-Gulekesche Operation (Durchschneidung der hinteren Wurzeln) empfohlen.

A. Gunsett-Straßburg.

Chirurgische Behandlung der gastrischen Krisen der Tabes, von L. Mairb und Gaston Parturier. (Presse méd., 1912, Nr. 56.) Die Verfasser geben der Frankeschen Operation (Resektion der Interkostalnerven) vor der Förster schen (Durchschneidung der hinteren Wurzeln) den Vorzug, weil sie viel ungefährlicher ist und gleich gute Resultate gibt. Zwei Krankengeschichten werden zur Bestätigung mitgeteilt.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein ungewöhnlicher Fall von Tabes mit toxischen Komplikationen in der Ätiologie, von T. A. Williams-Washington. (Med. Record, 13. Juli 1912.) Kasuistik; der mitgeteilte Fall entspricht nicht den in der Überschrift erregten Erwartungen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Hämatemesis der Tabiker, von M. Brelet. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 58.) Der Verfasser weist auf die Irrtümer, die durch das Vorkommen von Hämatemesis bei Tabikern bei der Diagnosenstellung unterlaufen können. Die Fälle werden anfangs lange Zeit als Magenerkrankungen behandelt, bis die richtige Diagnose Tabes gestellt wird. Folgende neuere französische Arbeiten befassen sich mit dem Thema: 1. Die Hämatemesis im Verlauf der gastrischen Krisen, von Rousselier (Thèse de Montpellier, Juni 1911); 2. Die Hämatemesis der Tabiker, von Rauzier (Province méd., 16. März 1912).

A. Gunsett-Straßburg.

Kryaesthesia tabica, von Milian. (Bull. méd., 1912, S. 652.) Bei Tabikern findet sich sehr häufig ein Kältegefühl, das an den Zehen, Füßen, Schenkeln, seltener in den Lenden und am Thorax lokalisiert ist. Oft findet sich auch eine reelle Temperaturdifferenz von 1—1½°. Besonders ausgesprochen ist diese Sensation im Winter. Das Symptom ist schon im Beginne der Tabes zu finden und kann als prätabisches betrachtet werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Merkwürdige Veränderungen der Hände bei einem Tabiker, von J. Nicolas und H. Mouton. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 25.) Ein im April vorgestellter Tabiker mit hochgradigen Veränderungen der metatarso-phalangealen Gelenke war an Lungenödem gestorben. Die Verfasser bringen nun anatomische Präparate, die die Läsionen zeigen, welche eher als trophische Störungen, als klassische Osteoarthropathien bezeichnet werden müssen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Beginn der progressiven Paralyse, von Déjerine. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 21.) Mitteilung eines Falles von progressiver Paralyse, der mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie begonnen hatte.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Rolle der Syphilis bei der Entstehung des frühzeitigen Schwachsinns, von Kljutschew. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 30.) Unter 120 schwachsinnigen Kranken im Alter von 20—25 Jahren wiesen 50, d. h. 41,6%, deutliche Zeichen hereditärer Lues auf, und in 26,2% fiel die Wassermannsche Reaktion positiv aus. Es scheint demnach nach K. zwischen dem Hinwelken des geistigen Lebens und der hereditären Lues irgend eine Verbindung zu existieren.

Arth. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Vortrag über die Behandlung der Syphilis, von GAUCHER. (Presse méd., 1912, Nr. 40.) Über das Salvarsan gibt GAUCHER folgendes Urteil ab: Es ist nur ein ausnahmsweise zu gebrauchendes Mittel, das eine schnell überhäutende Wirkung hat. Aber die einmal geheilten Ulzerationen rezidivieren immer, wenn sie der Sekundärperiode angehören. Bei Ulzerationen der Tertiärperiode ist die Rezidivierung selten auch ohne Salvarsan. Der Schanker tritt nach Salvarsan oft zwei bis drei Monate später als „chancre redux oder érosion chancriforme" wieder auf. Dies sind die Fälle, die fälschlich als Reinfektionen bezeichnet werden. Treten nach einer im Beginn der Syphilis vorgenommenen Salvarsaninjektion keine Erscheinungen mehr auf, so kommt dies daher, daß manche Syphilisfälle überhaupt (dies sind sogar $^1/_3$ der Fälle) jahrelang latent verlaufen und oft 20 und mehr Jahre später doch noch in Erscheinung treten. Das Salvarsan hat besonders in der Sekundärperiode einen das Auftreten der Symptome aufhaltenden Einfluß. Sie kommen aber zu einer Zeit und in einer Form wieder, wie man sie bei einer mit Hydrargyrum behandelten Syphilis nicht zu sehen gewohnt ist. So findet man oft 12—18 Monate nachher vegetierende, hypertrophische Schleimhautpapeln, desgleichen Spätroseola und Spätiritis. Das Salvarsan soll deshalb nur als überhäutendes Mittel angewandt werden und bei Idiosynkrasie gegen Hydrargyrum. Dabei muß aber hervorgehoben werden, daß Salvarsan nie auf die viszeralen Erscheinungen der Syphilis wirkt.

Jedenfalls soll Salvarsan, wenn man es anwendet, nur in ganz geringen Dosen angewandt werden und auch dies nur zögernd („en tremblant"). Als Beweis führt G. den von BALZER publizierten, bei weniger als 0,3 erfolgten Todesfall an. Als Todesursache kann nur die Arsenintoxikation angesehen werden, welche eine generelle viszerale Kongestion, besonders aber in der Niere und im Hirn zustande bringt, genau wie bei den mit Salvarsan vergifteten Tieren. Besonders gefährlich ist das Mittel für das zentrale und periphere Nervensystem. Die Beobachtungen von LÉVY-BING und von RAVAUT zeigen, daß die toxische Wirkung des Salvarsans auf das Zentralnervensystem sich durch eine abundante Lymphozytose des Liquor kundgibt. Diese Lymphozytose ist — fährt GAUCHER fort — ein Beweis der direkten Einwirkung des Salvarsans auf das zentrale Nervensystem und ein Beweis der Absurdität der Theorie der Neurorezidive, welche alle das Resultat einer Arsenintoxikation sind und zwar sowohl die tödlichen Meningitiden als die Polyneuritiden. GAUCHER beobachtete einen Fall von Pseudotabes, mehrere Fälle von einseitiger Taubheit, einen Fall von definitiver einseitiger Amblyopie und von vollständiger Erblindung durch Neuritis optica nach Salvarsan, welche auch von intensiver merkurieller Behandlung nicht mehr beeinflußt wurden. Alle diese Betrachtungen zwingen dazu — meint GAUCHER — das Mittel nur ausnahmsweise anzuwenden. Das Salvarsan hat mehr Todesfälle verschuldet als die Syphilis, sich selbst überlassen, hätte verschulden können. Denn man stirbt nicht an rezenter Syphilis. Wenn man von Todesfällen an Syphilis stirbt, so verschweigt man, daß es sich um fernliegende Todesfälle an Zungenkarzinom, an Tabes oder progressiver Paralyse handelt. Aber weiß man, was aus den mit Salvarsan behandelten Fällen später wird?

Die Regel für die Behandlung einer Syphilis soll deshalb die Quecksilberbehandlung bleiben, welche GAUCHER in folgender Weise ausübt: 1. Einen Monat lang tägliche Injektionen von 0,02 Hydrarg. benzoic.; dann einen Monat lang jeden zweiten Tag eine solche Injektion. 2. Nach einer Pause von einem Monat beginnt eine Pillenkur (Sublimat 0,01 + Extr. opii 0,01) immer einen Monat lang, dann einen Monat Pause und so fort zwei Jahre hindurch. Im dritten Jahre wird nur noch einen Monat von drei und im vierten nur einen Monat von sechs behandelt. Zu jeder Zeit ist es nützlich, die Pillen durch Injektionen zu ersetzen. Die Kur soll auch bei negativer WASSERMANNscher Re-

Digitized by Google

aktion vier Jahre lang dauern. Vor fünf Jahren darf kein Heiratskonsens erteilt werden. Statt der Pillen kann auch Sublimat in Lösung 1 : 1000 und Hydrarg. lactic. 1 : 1000 je 20 g täglich = 0,02 gegeben werden. Jodkalium soll als Adjuvans bei schweren Fällen (phagedänischer Schanker, Syphilis tuberculosa, Gummen, Viszerale und Nervensyphilis) in der Dosis von 2—6 g pro die gegeben werden. Erst wenn diese Medikation unwirksam bleibt, soll man zu organischen Arsenpräparaten greifen. A. Gunsett-Straßburg.

Bericht über Abortiv- und Kombinationsbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber, von Oppenheim-Wien. (Med. Klinik, 1912, Nr. 24.) Der Verfasser hat die Frühbehandlung der Syphilis, d. h. bis zur sechsten Woche post infectionem, in folgenden vier Kombinationen versucht: 1. Reine Salvarsanbehandlung; 2. Salvarsan und Hg; 3. Salvarsan + Hg + Exzision; 4. Hg allein. Das Gesamtresultat war bei Gruppe 1 und 3, d. h. bei alleiniger Salvarsanbehandlung und Kombination von Salvarsan, Hg + Exzision, ein durchaus ermutigendes. Von den 32 Fällen blieben fünf länger als ein Halbjahr unter steter Kontrolle symptomfrei, und neun während einer Beobachtungszeit von zwei bis sechs Monaten.

Die weniger günstigen Resultate, die der Verfasser mit Salvarsan + Hg ohne Exzision hatte, ist er geneigt, auf einen eventuellen Antagonismus der Wirkung der beiden Mittel zu schieben. In den so behandelten Fällen pflegten sich auch die Rezidive durch eigentümliche Form (Erythema multiforme) und besondere Hartnäckigkeit auszuzeichnen.

Die Resultate, der nur mit Hg behandelten Fälle sind nicht günstig, indem von 22 frühbehandelten Fällen nur 2 rezidivfrei blieben und auch nur während einer nicht sehr langen Beobachtungszeit. Dagegen waren die Rezidivformen der mit Hg abortiv behandelten Fälle leichter Natur als bei kombinierter Behandlung; doch hält der Verfasser die schwere Form der Rezidive nicht für eine Kontraindikation gegen die Abortivbehandlung von Syphilis durch Salvarsan + Hg + Exzision. Lasch-Breslau.

Moderne Syphilisbehandlung, von C. Bruhns-Charlottenburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 25/26.) Bruhns betont, daß auf unsere moderne Syphilisbehandlung drei große Entdeckungen der letzten Jahre von hervorragendem Einfluß sind: 1. die der Spirochaeta pallida, 2. die der Wassermann-Reaktion, 3. die der Salvarsanbehandlung.

ad 1. Sind wir durch die jetzt wohl kaum noch bestreitbare Tatsache, daß die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist, in der Lage vor der völligen Durchsuchung des Organismus mit dem Virus, die Behandlung zu beginnen.

ad 2. Für die Bewertung der Wassermannschen Reaktion als Richtschnur für die Therapie, unterscheidet Bruhns Früh- und Spätperiode. Er läßt sich durch einen negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion in der Frühperiode — auch in deren späterem Stadium — nicht bestimmen, ohne weiteres auf fernere Behandlung zu verzichten, sondern empfiehlt selbst bei wiederholter negativer Wassermannscher Reaktion doch immer noch einige Kuren. Daß der positive Wassermann zu weiteren Kuren bestimmt, ist selbstverständlich. Eine Einschränkung macht Bruhns nur für die jetzt anscheinend häufiger erfolgreich durchgeführten Abortivkuren, auf die ich noch später zu sprechen komme.

Für die Spätperiode hält Bruhns den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, natürlich bei Fehlen aller klinischen Symptome, nicht in jedem Falle für ein Zeichen einer noch aktiven Syphilis, sondern verhält sich bei früher gut behandelten Fällen abwartend, zumal er einerseits die Depression des sich geheilt glaubenden Patienten fürchtet, andererseits häufig einen spontanen Umschlag der Reaktion gesehen hat, oft auch durch die eingeleitete Therapie bei diesen Fällen keine Änderung der Reaktion herbeiführen konnte. Er schreibt ebenso wie Wechselmann der Lumbalpunktion eine

Digitized by Google

große Bedeutung zu, wenn auch erst längere Beobachtungen über die Bedeutung des Eiweißgehaltes, der Zellvermehrung und der Wassermannschen Reaktion des Lumbalpunktates uns sichere Aufklärung bringen werden.

ad 3. Die Salvarsantherapie. Verfasser beleuchtet zunächst die eventuellen Schädigungen und bewertet diese nicht als so sehr bedeutsam; denn die Neurorezidive, die seit Einführung der Behandlung mit großen Salvarsandosen und kontinuierter Behandlung mit Hg viel weniger zahlreich geworden zu sein scheinen, zeigen doch in ihrem weit überwiegenden Prozentsatz die ausgesprochene Tendenz zur völligen Restitutio ad integrum, wenn sie nur konsequent weiterbehandelt werden, und sind — wenn überhaupt — wohl mehr eine indirekte Folgeerscheinung des Salvarsans und keine direkt toxische. Die Todesfälle, deren Zahl im Verhältnis zu der ungeheuer großen Menge von Salvarsaninjektionen, die in der relativ kurzen Zeit gemacht worden sind, eigentlich verschwindend gering sind, führt Bruhns teils auf Idiosynkrasie gegen As, teils auf ausnahmsweis starke Herxheimersche Reaktion an den Gefäßen in der Nähe lebenswichtiger Zentren zurück und glaubt, daß auch diese geringe Zahl sich noch reduzieren wird, wenn man in Fällen, in denen man auch nur den geringsten Verdacht auf das Bestehen einer Syphilis cerebri hat, vorsichtig tastend, mit kleinen Dosen beginnend, die Reaktion abwartet, und danach die weitere Therapie regelt. Trotzdem Verfasser also die eventuellen Gefahren des Salvarsans nicht so hoch einschätzt, ist er doch den Heilresultaten gegenüber sehr skeptisch. Er warnt davor, wie Wechselmann meint, einen Syphilitiker für definitiv geheilt zu erklären, wenn derselbe ein Jahr frei von klinischen Symptomen ist, bei monatlicher Untersuchung stets negative Wassermannsche Reaktion zeigt, auch das Lumbalpunktat keine Veränderungen aufweist, und selbst eine Provokationsinfusion von 0,4 Salvarsan nach Gennerich keinerlei Manifestationen von Syphilis auslöst. Am günstigsten bewertet Bruhns den Erfolg einer kombinierten Salvarsan-Hg-Behandlung eventuell mit Exzision des Primäraffektes als Abortivbehandlung, wenn die Wassermannsche Reaktion noch nicht positiv und die Diagnose nur durch das klinische Bild der Sklerose und den Spirochätennachweis gesichert ist. Sonst sieht der Verfasser einen großen, nicht zu unterschätzenden Vorteil darin, daß die Anwendung des Salvarsans in der Behandlung besonders in der Frühperiode eine ungleich intensivere wird, und vielleicht die Behandlungszeit abkürzen lassen wird, obwohl erst eine viel spätere Zeit uns sichere Aufschlüsse bringen kann, wann wir den Syphilitikern den Ehekonsens ohne Furcht vor Übertragung auf Frau und Kinder erteilen, und ihn selbst vor den späteren schweren Erkrankungen des Zentralnervensystems geschützt glauben dürfen.

Der Verfasser tritt nur für die Infusionsmethode ein; bei kongenitaler Syphilis benutzt er die Schädelvenen der kleinen Kinder oder legt eventuell die Kubitalvenen frei.

In einer Nachbemerkung bei der Korrektur berichtet Bruhns noch einen Fall von ausgesprochener Idiosynkrasie. Eine Patientin mit vierjähriger Syphilis und zurzeit bestehender Periostitis und positiver Wassermannschen Reaktion soll 0,45 Neosalvarsan in 75 ccm erhalten. Nach Einfließen von $^1/_3$ der Lösung muß wegen heftiger Übelkeit abgebrochen werden. Es erfolgt Erbrechen, Kollaps und schon zur selben Zeit tritt ein intensives, scharlachrotes Erythem über dem ganzen Körper auf; unter Kampferinjektion erholt sich die Patientin, das Erythem wird blasser und macht einer fleckigen Urtikaria Platz, die nach vier bis fünf Stunden verschwindet, in welcher Zeit auch die Patientin bis auf geringe Mattigkeit alle anderen Erscheinungen überwindet. Lasch-Breslau.

Zur Therapie der Syphilis, von Leopold Loew. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Verfasser bespricht die Ansichten der Hauptvertreter der auf dem Gebiete der Syphilistherapie zurzeit herrschenden Anschauungen, der symptomatischen Behandlung und der intermittierenden Behandlung. Nach seinen Erfahrungen entspricht die erstere

Digitized by Google

weder den Erfahrungen der Praxis, noch den aus den experimentellen Forschungsergebnissen zu ziehenden Schlüssen. Wenn auch die chronisch-intermittierende Behandlung entschieden besser ist, so stellt sie in der Form, wie sie meist geübt wird, doch keineswegs das anzustrebende Ideal dar. Die Syphiliskranken sollten — ohne Rücksicht auf das Resultat der Wassermannschen Reaktion — jedes zweite bis dritte Jahr eine Kur durchmachen; jedenfalls aber jahrelang unter Kontrolle gehalten werden und niemals 5—10—15 Jahre ohne Behandlung bleiben.

Diese Behandlungsmethode soll so lange in Kraft bleiben, bis es möglich sein wird, auf Grund eines klinischen oder mikroskopischen Befundes oder einer biologischen Reaktion mit Sicherheit zu behaupten, daß ein Individuum, welches Syphilis durchgemacht hat, von der Krankheit geheilt ist. W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Erratum. In dem Aufsatze von S. C. Beck in Nr. 48 dieser Wochenschrift, S. 1459, Zeile 20, soll es statt „1803" heißen „1863".

Das Deutsche Reichs-Komitee für den **XVII. Internationalen Medizinischen Kongreß London,** 6.—12. August 1913 (Vorsitzender: Geh. Med.-Rat Prof. Waldeyer, Berlin) teilt mit, daß die Anmeldung zur Teilnahme durch Formulare, welche der Schatzmeister, Komm.-Rat E. Stangen, Berlin W 8, Friedrichstr. 72, auf Wunsch zusendet, bewirkt werden kann. Mitglieds- und Damenkarten kosten M. 20,50 bezw. M. 10,25. Auch diejenigen, welche bereits ihre Anmeldung nach London geschickt haben, sind gebeten, ihre Namen dem Schatzmeister mitzuteilen.

Die Hamburg-Amerika-Linie, Berlin W 8, Unter den Linden 8, erteilt kostenlos Auskünfte über Reiseangelegenheiten und über Wohnung in London.

Anfragen wissenschaftlicher Art sind an den General-Sekretär Geh. Med.-Rat Prof. Posner, Berlin W 62, Keithstr. 21, zu richten.

Prof. P. G. Unna wird auf Einladung der **Berliner Physiologischen Gesellschaft** in der Sitzung vom 24. Januar 1913 einen Vortrag über die von ihm entdeckten Sauerstofforte des tierischen Gewebes halten.

Dr. Ernst Epstein wurde zum Oberarzt der Abteilung für Syphilitische und Hautkranke am Allgemeinen Krankenhause in Nürnberg ernannt.

Exz. Prof. Paul Ehrlich wurde zum Ritter des Bayerischen Maximiliansordens für Kunst und Wissenschaft ernannt.

Dr. Carlo Coppolino hat sich in Palermo als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

Dr. Otto Ringleb hat sich in Berlin als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Prof. Karl Kopp, Direktor der dermatologischen Universitäts-Poliklinik zu München, ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Dezember 1912 | Nr. 51a | Band 55

Aus der medizinischen Universitätsklinik in Zürich. (Direktor: Prof. Dr. H. Eichhorst.)

Über die Entstehung von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen durch Syphilis.

Von

Dr. Lydia Goldberg, Berlin.

Die über die Herzsyphilis bis zum Jahre 1845 in der Literatur erschienenen Arbeiten haben nur historisches Interesse.

Man hatte sich, wie Virchow sagte, allgemein daran gewöhnt, die Geschichte von der Herzsyphilis als eine Fabel anzusehen.

Der erste in der Literatur erwähnte Fall von echter Herzsyphilis ist der von Ricord im Jahre 1845 mitgeteilte, bei welchem er Gummata in den Ventrikelwandungen des Herzens, eine Endokarditis des rechten Ventrikels, eine hämorrhagische Infiltration an der Spitze des linken Ventrikels fand. Es handelte sich um einen 11 Jahre vorher luetisch Infizierten.

Ein zweiter sicherer Fall wurde von Lebert 1849 und einer von Virchow 1858 beschrieben, der einen Fall sezierte und daraus seine, für die pathologische Anatomie der Herzsyphilis grundlegend gewordenen Anschauungen ableitete.

Nach und nach wurden in der medizinischen Literatur mehr Fälle von Herzsyphilis mitgeteilt. Beinahe in allen diesen Beobachtungen handelte es sich um zufällige pathologisch-anatomische Befunde, denen kaum eine wesentliche Bedeutung in der klinischen Auffassung der Frage zuzumessen ist. Solange man auch von pathologisch-anatomischer Seite nur die Fälle als syphilitische Herzaffektionen betrachtete, in denen zirkumskripte Gummata oder Reste derselben in der Herzmuskulatur noch vorhanden waren, blieben diese Beobachtungen nur Ausnahmen.

Die Lehre von der Herzsyphilis tritt aber in eine neue Entwicklungsphase, seitdem man durch die Untersuchungen von Lancereaux, Virchow, Steenberg, Heubner, Köster und Baumgarten über die syphilitischen Affektionen in den Arterienwänden, diese für die richtige Auffassung der Syphilis der inneren Organe so wichtige Lokalisation des syphilitischen Krankheitsprozesses, immer mehr kennen gelernt und die Aufmerksamkeit darauf gerichtet hatte.

Schon 1858 hatte Virchow in seinem Aufsatz „Über die Natur der konstitutionell syphilitischen Affektionen“ auf die Existenz der syphilitischen Aortiten und auf die Möglichkeit, daß Aneurysmen von solchen herrührten, hingewiesen. Desgleichen hatten auch der nahe Zusammen-

Digitized by Google

hang zwischen den Aortenaneurysmen und einer früheren syphilitischen Infektion, wie auch die eigenartigen, von denen der gewöhnlichen Sklerose abweichenden Veränderungen in den Wänden der Aorta, die bei diesen Aneurysmabildungen vorkommen, die Aufmerksamkeit immer mehr auf sich gelenkt und wurden von MALMSTEN, RASCH, WELCH, ETIENNE, HELLER, GERHARDT u. a. hervorgehoben.

Die letzten Dezennien haben nun eine Menge von Publikationen über die Herzsyphilis gebracht.

Die erste diesbezügliche ausführliche Zusammenstellung ist von T. LANG 1889 über 44 Fälle genau analysierter Herzlues gemacht worden, die nunmehr aufhörte als etwas ganz Ungewöhnliches zu gelten. Schon 1892 führte MRAČEK 61 Fälle sicherer Herzsyphilis an. HUCHARD 1883, BUCHWALD 1889, SEMMOLA 1892, SACHARJIN 1893, DEHIO 1895 haben die Wichtigkeit der luetischen Herzaffektionen betont und berichten über Fälle mit eingetretener Besserung oder Heilung durch Behandlung mit spezifischen Mitteln.

Die Erkennung der Herzsyphilis am Lebenden war früher sehr schwierig und meist wenig sicher.

Gestützt auf die Sektionsergebnisse der sicher konstatierten Herzsyphilisfälle stellt GRASSMANN die Behauptung auf, daß die Erkrankung fast nie sich als eine selbständige Endocarditis valvularis manifestiert.

CORVISART hat zwar schon 1811 das Vorkommen hahnenkammartiger Exkreszenzen an den Herzklappen wegen der äußerlichen Ähnlichkeit mit kondylomartigen Bildungen auf Syphilis bezogen und VIRCHOW ist geneigt diesen Zusammenhang zuzugeben, auch STOCKTON beschreibt einen Fall angeblicher Herzsyphilis, wo Insuffizienz und Stenose der Mitral- und Aortaklappen sich selbständig entwickelt habe.

Nach GRASSMANN handelte es sich in der weitaus größten Zahl aller Beobachtungen nicht um eine selbständige, primäre und isolierte Klappenerkrankung, klinisch also auch nicht um das Bild eines reinen Klappenfehlers. Vielmehr erfolgt das Ergriffenwerden der Klappen meist dadurch, daß von einem der Klappe benachbarten Gumma oder einem myokarditischen Herde aus die Entzündung auf die Klappen übergreift. So können dann sekundär eigentliche Klappenfehler sich ausbilden, deren Symptome dann meist durch die gleichzeitige Myokarditis modifiziert werden.

„Ein Überblick über die klinischen Erscheinungen der bisher beobachteten Herzsyphilisfälle läßt erkennen, daß nur in den allerseltensten die Symptome eines typischen Klappenfehlers vorhanden waren."

C. KOPP sagt in seinem Lehrbuch der venerischen Krankheiten: „Primär syphilitische Veränderungen des Endo- und Perikards sind jedenfalls selten; meist handelt es sich um primäre Erkrankungen des Herzmuskels, von wo aus die entzündlichen Erscheinungen auf die serösen Häute übergreifen."

BREITMANN, der die syphilitischen Herzaffektionen mehr als 12 Jahre ununterbrochen studiert und das pathologisch-anatomische und klinische Bild derselben zu analysieren und funktionell zu deuten suchte, vertritt folgende Ansichten in bezug auf die Frage der syphilitischen Endokarditis:

In der tertiären Periode werden Herzaffektionen häufig angetroffen.

Digitized by Google

sind aber nie selbständig, primär, sondern entstehen immer durch Berührung mit syphilitischen Affektionen des Herzmuskels oder der großen Gefäße. Es ist dies auch begreiflich, weil das Endokard gefäßlos ist und in bezug auf syphilitische Erkrankungen denselben Gesetzen unterliegt, wie auch alle anderen gefäßarmen oder gänzlich gefäßlosen Membranen. Daher trifft man eine selbständige syphilitische Endokarditis nicht an.

Tertiäre Veränderungen der Herzklappen sind äußerst selten. Man kann sogar sagen, daß die Herzsyphilis am seltensten die Klappen affiziert im Gegensatz zum akuten Rheumatismus, so daß man von einem syphilitischen Herzfehler im gewöhnlichen Sinne des Wortes auch nicht sprechen kann. Die Seltenheit der syphilitischen Klappenendokarditis wird einstimmig von Lancereaux, Maubiac, Lang, Semmola u. a. zugegeben.

Ebenso wie die syphilitische Endokarditis sich pathologisch-anatomisch erst sekundär als Folge der Veränderungen in den umgebenden Geweben entwickelt, entspricht auch das klinische Bild nicht einem „reinen Herzfehler", sondern es kombinieren sich in ihm die Erscheinungen eines Klappenfehlers mit den Symptomen einer Myokarditis, eines partiellen Herzaneurysmas usw., so daß von konstanten Symptomen einer syphilitischen Endokarditis auch nicht die Rede sein kann.

Unter allen in der Literatur beschriebenen Fällen, in denen das klinische Bild eines „Klappenfehlers" beobachtet wurde, war in keinem eine primäre Klappenaffektion durch die Autopsie nachzuweisen. Um so weniger kann man eine primäre spezifische Klappenaffektion dort zugeben, wo die Erkenntnis nicht durch die Sektion befürwortet wurde und wo außerdem die Erscheinungen eines Klappenfehlers unter dem Einfluß einer antisyphilitischen Kur schwanden.

In Anbetracht ihrer sekundären Entstehung kann die syphilitische Endokarditis keine typischen Symptome aufweisen, die zur Erleichterung der Diagnose intra vitam beitragen könnten.

Die sekundären Veränderungen des Endokards können bei Syphilis ganz unbemerkt bleiben, weil eines der Hauptsymptome der Endokarditis — das Geräusch, bei syphilitischen Herzaffektionen fast stets vermißt wird, und ist es auch vorhanden, so findet man es größtenteils an den Aortenklappen, aber auch dann wechselt es meist seine Lokalisation, verschwindet oft oder kombiniert sich mit seltsamsten und bizarrsten myokarditischen Störungen: Arrhythmie, Tachykardie, Bradykardie, Bigeminie, Angina pectoris usw. —

In den letzten Jahren hat die Syphilidologie durch die Entdeckung der experimentellen Syphilis, der Spirochaete pallida und der Serodiagnostik einen überraschenden Aufschwung erfahren. Seitdem die Erkenntnis sich Bahn gebrochen hatte, daß die Wassermannsche Reaktion das konstanteste Syphilissymptom darstellt, wurden die bezüglichen Fälle an manchen Kliniken serologisch untersucht und es erwies sich tatsächlich, daß die Lehre von der ätiologischen Bedeutung der Lues durch die Wassermannsche Reaktion in zahlreichen Fällen eine glänzende Bestätigung fand. Die Mitteilungen über positive Reaktion bei Fällen von Aortainsuffizienz und Herzfehlern mit und ohne bekannte Luesanamnese sind nunmehr

Digitized by Google

sehr zahlreich und haben den Beweis erbracht, daß die Wassermannsche Luesreaktion bei solchen Fällen gute Aufschlüsse geben kann.

Ihrer Frequenz und praktischen Bedeutung wegen spielt unter den syphilitischen Herzaffektionen die sklerogummöse Aortitis nebst ihren nächsten Folgen — den Aortaklappenfehlern und den aneurysmatischen Erweiterungen der Aorta, eine große Rolle.

Syphilitische Klappenerkrankungen der Arteria pulmonalis sind nur als Seltenheit in der Literatur beschrieben worden (2 Fälle Gerhardts), und in einer 1910 erschienenen Dissertation „Über Insuffizienz der Lungenarterienklappen" berichtet Thürlimann nur über 2 Fälle aus seiner Zusammenstellung, die auf Syphilis beruhen.

Keinen einzigen Fall von syphilitischem Klappenfehler an den venösen Ostien fand Valdemar Bie unter 187 von ihm untersuchten Fällen.

Auch Weichhardt, der den luetischen Erkrankungen des Herzklappenapparates besondere Beachtung schenkt, betont, daß es vorwiegend oder vielleicht ausschließlich die Aorta ist, welche von der Lues geschädigt wird, indem sich bei der reinen Aorteninsuffizienz in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Wassermannsche Reaktion als positiv erweist, nicht dagegen bei der kombinierten Aorten- und Mitralklappenerkrankung, sowie bei den reinen Mitralfehlern, die meist auf rheumatischer Basis beruhen.

Von Klinikern, die zuerst Herzfehler in kausalen Zusammenhang mit Syphilis gebracht haben, muß außer einigen englischen Ärzten v. Strümpell genannt werden, der bereits 1902 die Lues als ätiologisches Moment für Herzklappenfehler hinstellt und bei Aortaklappenfehler, wenn eine andere Ursache fehlt, an Lues denkt.

Saathoff gibt an, daß jede Aortainsuffizienz in jüngerem Alter, wenn eine infektiöse Ursache ausgeschlossen werden kann, Verdacht auf Aortitis luetica in hohem Grade erweckt, die das Vorstadium für Aneurysma ist. Diese Meinung teilen auch v. Renvers und Aron.

„Selbstverständlich, sagt Saathoff, ist die Mitbeteiligung der Aortenklappen nur dann möglich, wenn der Prozeß in der aufsteigenden Aorta sitzt. Diese Lokalisation ist aber bei weitem die häufigste."

Selbst wenn bei einem Falle eines Herzfehlers Aufschlüsse über vorausgegangenen Gelenkrheumatismus vorliegen, soll man nach Krefting nicht die Möglichkeit einer luetischen Aortitis ausschließen, da eine Kombination von einem alten Herzfehler mit spezifischer Aortakrankheit vorkommen kann. Umgekehrt beruht aber auch nicht jede klinisch erweisbare Aorteninsuffizienz ohne Aufschluß über Rheumatismus auf Lues.

Daß in der Ätiologie der Arterienerkrankungen die Lues eine bedeutende Rolle spielt, war bereits Ambroise Paré, Morgagni u. a. bekannt. In neuerer Zeit haben dann Dittrich und Virchow auf bei Lues vorkommende atheromatöse Veränderungen hingewiesen.

Die Lehre von der Aortitis s. Mesarteriitis luetica ist aus der Kieler pathologischen Schule hervorgegangen. Jahrelang haben Heller und seine Schüler fast allein um ihre Anerkennung gekämpft. Sie war nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch von außerordentlicher Wichtigkeit, da sie von vornherein in präzise Beziehung zum Aortenaneurysma gebracht und als deren wichtigste Ursache aufgefaßt wurde. Das Spezi-

Digitized by Google

fische dieser Erkrankung wurde von den meisten europäischen Schulen — der deutschen, französischen, italienischen, schwedischen — anerkannt.

Saathoff, ein Schüler Hellers, legt besonderen Nachdruck auf die Rolle der Vasa vasorum in dem Prozesse: „Wenn auch hier und da die Intimawucherungen derselben erwähnt werden, so geschieht es doch nirgends mit dem Hinweise, daß hier der Grund liegt für die sekundäre Nekrose der Media, die aus der luetisch erkrankten Aortenwand die Wand des Aneurysmas macht."

Das wichtigste Kennzeichen der syphilitischen Aortenerkrankung, die sich bei relativ jungen Individuen meist in dem aszendierenden Teil der Aorta findet, sind kleine strahlig eingezogene und grübchenförmige Vertiefungen an der Innenfläche der Aorta. Bei der histologischen Untersuchung sieht man, daß die Erkrankung ihren Ausgang von der Adventitia und Media nimmt. Hier finden sich diffuse Zellinfiltrate oder kleinere Granulationsgeschwülste, besonders in der Umgebung der Vasa vasorum. In der Media findet man Riesenzellen und Nekrosen. Die Auffassung der pathologischen Anatomen über die Natur dieser Veränderungen ist keine einheitliche. Während es sich nach Heller um miliare Gummen in der Aorta handelt, weswegen er den Prozeß direkt als „Mesaortitis syphilitica" bezeichnet, bezeichnet Marchand die pathologischen Befunde als „schwielige Sklerose" und Chiari als „Mesaortitis productiva". Döhle faßt die Befunde in Media und Adventitia der Aorta auf als gummöse Entzündungen, die auf Lues zurückzuführen sind. Das Vorkommen dieser Mesaortitis syphilitica ist unter Hinweis der ätiologischen Beziehung zur Aneurysmaentstehung von vielen Autoren (Backhaus, Moll, Malmsten, Heiberg, Buchwald, Puppe u. a.) bestätigt und von Heller selbst 1899 wieder betont worden, obwohl Ponfick, Ziegler u. a. dem nicht beistimmten.

Daß speziell die Chiarische Mesaortitis als Erscheinungsform der Syphiliserkrankung in der Aorta anzusehen sei, das machen die Mitteilungen von Wiesner und Bruhns, die neueren Datums sind, in hohem Grade wahrscheinlich. Beide Forscher haben unabhängig voneinander in den Aorten luetischer Neugeborener pathologische Befunde erhoben, die bei Nichtluetischen fehlten und vollkommen mit der Chiarischen Mesaortitis productiva übereinstimmen. Wiesner fand entzündliche Veränderungen in 10 Fällen von sicherer kongenitaler Lues 9mal, also in 90%, Bruhns in 6 von 9 Fällen = in 66%. Wegen der Eindeutigkeit der zugrunde liegenden Ursache wird diesen Befunden ein großer Wert zugesprochen. So sagt Saathoff: „Während man bei der in Frage stehenden Erkrankung Erwachsener andere ätiologische Momente, besonders Trauma, Alkoholismus, Arteriosklerose und überstandene Infektionskrankheiten nie absolut sicher ausschließen kann, fallen die drei ersten hier ganz weg; und eine andere Infektion als die nachgewiesene Lues anzuschuldigen, wäre doch wohl zu sehr erzwungen. So darf man diesen Untersuchungen fast den Wert eines Experimentes zusprechen, und die entzündlichen Prozesse in der Aorta luetischer Erwachsener erfahren durch sie eine neue Beleuchtung."

Ob nun die Mesaortitis productiva die einzige syphilitische Erkrankungsform der Aorta ist und ob diese Erkrankung immer auf Syphilis

Digitized by Google

beruht, ist bis jetzt nicht mit absoluter Sicherheit durch die pathologischen Anatomen festgestellt; es hat sich aber erwiesen, daß die Mesaortitis productiva eine sehr häufige Komplikation der Lues darstellt. Daß diese Erkrankung durch Syphilis hervorgerufen werden kann, schließt CHIARI daraus, daß er sie unter 27 Luesfällen 16mal (59,3%) und unter 44 Paralytikern 21mal (47,7%) fand.

Schon in sehr früher Zeit wurde die ärztliche Beobachtung auf den Zusammenhang zwischen Aortenaneurysma und Lues hingelenkt. HUCHARD zitiert FERNEL aus dem Jahre 1554, der sagt: „que le virus vénérien forme des anévrysmes dans les artères". Diesem folgen noch viele Autoren wie AMBROISE PARÉ, LANCISI 1740, SÉVÉRIN 1724 u. a. m. bis auf die Jetztzeit, in der die meisten Forscher von dem Zusammenhange überzeugt sind.

Bereits im Jahre 1860 konstatierte AITKEN unter 24 an Aneurysma Gestorbenen 17 Luetiker, also 71%!

Unter den 240 von ETIENNE publizierten Fällen von Aneurysma waren 166 sicher luetisch = 70%.

HEIBERG wurde zuerst auf den Zusammenhang zwischen Aneurysmen bzw. Aortakrankheiten und Lues dadurch aufmerksam, daß er oft alte „Syphilisationsnarben" bei diesen Patienten vorfand.

Es ist schon längst in zahlreichen Statistiken auf das häufige Vorkommen von Aneurysmen bei Syphilitischen hingewiesen worden. Und tatsächlich sprechen die statistischen Erhebungen dafür, daß die aus Syphilis hervorgehenden Aneurysmen der Aorta an Zahl weit die aus anderen Ursachen entstandenen überwiegen, mindestens bei jüngeren Individuen und solchen in den besten Mannesjahren. Nach den Erfahrungen im HELLERschen Institute sind es 85%, nach MALMSTEN 80%, nach RASCH 82%, nach FRAENKEL 36%, nach HEIBERG 42%, nach WELCH 66%, nach ETIENNE 70%, nach AITKEN 71%.

Es werden wohl die Unterschiede von der in den verschiedenen Ländern verschiedenen Häufigkeit der Syphilis in der Bevölkerung abhängig sein.

Im Jahre 1898 sagte RASCH: „Wer hier in Christiania über die Beziehungen der Aortenaneurysmen zur Syphilis sprechen will, muß notwendigerweise das Gefühl haben, als ob er Eulen nach Athen tragen wollte."

Unter den 28 von RASCH untersuchten Aortenaneurysmen waren 13 sackförmige. Er betrachtete diese für sich und erhielt noch höhere Prozente: 8 (61,5%) hatten sicher, 4 (31%) wahrscheinlich Syphilis gehabt. Also in 92% fand sich sicher oder wahrscheinlich Syphilis, eine Zahl, die, wie RASCH sagt, anzudeuten scheint, daß überhaupt keine sackförmigen Aneurysmen auf der Aorta vorkommen, wenn keine Syphilis vorausgegangen ist.

Auch zahlreiche klinische Einzelbeobachtungen sprechen für den ätiologischen Zusammenhang von Aneurysma und Lues deutlich genug.

HELLER weist auf das Vorkommen von Aneurysmen bei Ehepaaren hin und zitiert den Fall ENSORS: Mann und Frau syphilitisch; der Mann hat ein Aneurysma des Aortenbogens, die Frau ein solches der absteigenden Aorta.

Digitized by Google

v. Leyden berichtet von einem Aneurysma bei der Frau eines Tabeskranken.

Der Zusammenhang zwischen Lues und Aortenerkrankungen bei Tabes dorsalis ist öfter beschrieben worden. Rugge und Hüttner fanden in 138 Fällen von Tabes 12mal einen Herzfehler, darunter 9mal Aorteninsuffizienz.

Rogge und Müller hatten unter 24 Fällen von Tabes dorsalis in 15 die Aortenerkrankung nachgewiesen (62,5 %), darunter 9 Aneurysmen (37,5 %).

Nach Abramow spricht für eine hervorragende Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Aneurysmen der Umstand, daß in Brasilien, wo Syphilis ungemein wütet, auch die Häufigkeit von Aneurysmen der Aorta überaus groß ist. Daß der Mißbrauch alkoholischer Getränke im Vergleiche zur Syphilis in der Ätiologie dieses Leidens eine nur geringe Rolle spielt, erblickt v. Düring darin, daß die kleinasiatischen Türken, die keinen Wein und Spirituosen genießen, ebenso häufig wie andere Völker an Aneurysmen leiden.

Ein für die ätiologische Wichtigkeit der Syphilis sprechendes Moment ist die Häufigkeit der Aortenaneurysmen beim männlichen Geschlecht, gegenüber der Seltenheit beim weiblichen. In den bereits erwähnten von Etienne publizierten 240 Fällen von Aortenaneurysmen mit sicher vorausgegangener Lues entfallen nur 27 auf Frauen, also 11 %. Eine ebensolche Prozentzahl hat Arnsperger aufzuweisen: von 35 von ihm untersuchten Aneurysmen betreffen Frauen nur 2. Unter den 35 Fällen Boinets waren 6 Frauen = 17 %, unter 52 Fällen Kaleffs 9 Frauen = 17 % betroffen.

Einen weiteren Beweis für den Zusammenhang zwischen Lues und Aortenaneurysma, ebenso zwischen Lues und Herzklappenfehlern liefert die Einschränkung des Aneurysmawachstums sowie das Zurückgehen der Herzbeschwerden unter dem Einflusse einer spezifischen Behandlung. Auch das Versagen der Herzmittel unterstreicht den Zusammenhang zwischen dieser Form der Herzaffektion mit der vorausgegangenen Lues.

Wassermann und Weichhardt wiesen zuerst auf die Bedeutung der Wassermannschen Seroreaktion beim Aortenaneurysma hin. Sie untersuchten 1907 3 Fälle von klinisch diagnostiziertem Aneurysma der Aorta, von denen 2 positiv reagierten; der dritte negativ reagierende Fall, kam zur Autopsie und erwies sich als ein Fall von solidem Mediastinaltumor, während bei dem einen positiv reagierenden Falle, ebenfalls durch Autopsie, die Diagnose auf Aneurysma bestätigt wurde. Seitdem hat Weichhardt noch 18 Fälle von klinisch sicherem Aortenaneurysma untersucht und in 17 Fällen (94,4 %) eine positive Reaktion erhalten. Auch von allen anderen Untersuchern, wie Schütze, Citron, Ziesche u. a. wurde seitdem die Häufigkeit der positiven Reaktion bei dieser Erkrankung betont. Bisher waren die als Richtungslinie für die Diagnose dienenden Angaben nicht immer zuverlässig: die Anamnese versagt häufig; das Alter kann nicht immer maßgebend sein, da die Arteriosklerose auch in relativ frühem Alter auftreten kann. Bei fehlenden Anhaltspunkten schloß man auf Lues auf Grund von Läsionen an der Leiche, welche nach der Meinung von Rasch u. a. bei Luetikern

Digitized by Google

außerordentlich häufig vorhanden sind; so die asymmetrische Nierenatrophie, tiefe zikatrizielle Defekte in den Gelenkknorpeln und hinsichtlich der Frauen noch besonders aus der Lebensstellung (Prostituierte) und aus der Polyletalität der Kinder. Jetzt wird in zweifelhaften Fällen die Wassermannsche Reaktion zur Entscheidung herangezogen und die Schwierigkeit, die früher die bewußt oder unbewußt verschwiegene Lues den Ärzten bereitete, fällt nunmehr weg.

Ich möchte nun mehrere neue statistische Daten anführen, die sich auf moderne Untersuchungen der auf Lues verdächtigen Herz- und Gefäßerkrankungen unter Zuhilfenahme der Komplementbindung beziehen, und dann zur Betrachtung der auf der Züricher medizinischen Klinik beobachteten Fälle übergehen.

Die Untersuchungen Citrons ergaben, daß 62,6% der serologisch untersuchten reinen Aorteninsuffizienzen resp. 58% bei Einschluß der kombinierten Vitien luetisch infiziert waren. Darunter fanden sich 2 Fälle, die außerdem an Gelenkrheumatismus litten, sowie ein Fall mit Bleikolik. Es ist dies besonders wegen der Frage, ob eine Mesaortitis productiva auch aus anderen Ursachen entstehen kann, wichtig. Denn würde man diese 3 Fälle, ohne das Resultat der Serodiagnostik zu kennen, zur Sektion bekommen und, ohne weitere Zeichen von Lues zu finden, nur eine Hellersche Mesaortitis feststellen, so müßte man zunächst die rheumatische Infektion resp. die Bleiintoxikation als Ätiologie heranziehen, während doch in Wirklichkeit Syphilis vorliegt.

Citron glaubt sich dahin aussprechen zu dürfen, daß die Lues eine weit häufigere Ursache besonders der reinen Form der Aorteninsuffizienz sei, als die Anamnese und selbst der klinische Befund vermuten läßt. „Insbesondere in den Fällen, in denen Gelenkrheumatismus nicht in Frage kommt, ist die Lues in erster Linie zu berücksichtigen. Aber selbst, wo ein Gelenkrheumatismus, eine andere Infektion oder toxische Noxen, wie Metallvergiftungen, Alkohol- und Nikotinabusus angegeben werden, wird es gut sein, noch außerdem auf Lues zu untersuchen."

Schütze konnte unter 12 Fällen von Aorteninsuffizienz bei der Hälfte einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion nachweisen (50%).

Donath gibt folgendes an: „Unter 27 Fällen von Aorteninsuffizienz und Aortenaneurysma fand ich 3 Fälle von Aortenaneurysma, 5 Fälle von Aorteninsuffizienz, kombiniert mit Tabes, die übrigen 19 sind Fälle von klinisch reiner Aorteninsuffizienz und Mesaortitis. Als Kontrolle untersuchte ich ferner 18 Fälle von Altersarteriosklerose und 13 Fälle von kombinierten Aorten- und Mitralfehlern auf rheumatischer Basis. In allen diesen Fällen war die Wassermannsche Reaktion negativ. Es zeigt sich also, daß sich unter 27 Fällen von reiner Aorteninsuffizienz, Mesaortitis und Aneurysma in 23 Fällen ein positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion ergab. Daraus darf man schließen, daß es in 85,3% der von mir untersuchten Fälle sich um wahrscheinliche Folgen einer Syphilis handelt."

Krefting untersuchte Blutproben von 20 Patienten, worunter Aorteninsuffizienz, luetische Aortitis und Aneurysma ohne Aorteninsuffizienz, Mitralinsuffizienz sich vorfanden. In 11 Fällen war die

Digitized by Google

Blutprobe positiv. Ein Fall von Aortainsuffizienz mit negativem Wassermann intra vitam, trotzdem Luesanamnese vorlag und das Sektionsresultat luetische Aortitis war. Krefting fand also in 60% der von ihm untersuchten Herzklappenfehler und Aortenaneurysmen Lues als ätiologischen Faktor.

Bie fand unter 17 Fällen von Aortenaneurysma sicher Syphilis bei 14 = 82,3%.

Unter 15 Fällen von Aortitis, die Laubry und Parvu untersuchten, fiel die Wassermannsche Reaktion in 11 Fällen positiv aus = 73,2%.

Sachs und Collins hatten unter 13 Fällen von reiner Aortitis in 12 den positiven Ausfall der Seroreaktion konstatiert (92,3%); unter 6 Fällen von Aortitis mit Mitralfehler kombiniert in 3 Fällen (50%).

Die Vermutung liegt nahe, daß der Prozentsatz der Lues ein noch höherer ist, als diese Zusammenstellungen ergeben; es könnte sich ja unter vielen Fällen um latente oder abgeheilte Lues handeln, was den positiven Ausfall der Seroreaktion ausschließt.

Kaleff untersuchte in der Klinik an der Charité 52 Fälle von Aortenaneurysma, von denen 30 Fälle serodiagnostisch geprüft wurden. Die 22 Fälle, bei denen die Wassermannsche Reaktion nicht vorgenommen wurde, ergaben folgendes Resultat:

Sichere Lues . . .	41%
Wahrscheinliche . .	18%
Mit Verdacht . . .	18%
Im ganzen	77%

Die 30 Fälle, bei denen die Wassermannsche Reaktion ausgeführt wurde, ergaben:

Sichere Lues . . .	26%
Wahrscheinliche . .	3%

Im ganzen 29 von 30 = 97% Lues.

Serologisch untersuchte Fälle von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen aus der Züricher Medizinischen Klinik.

1. L. H., m., 56 J. Anamnese: Familienanamnese o. B. Erblich nicht belastet. Lues negiert. Kein Gelenkrheumatismus. Mäßiger Raucher. Seit längerer Zeit Herzbeschwerden. Allgemeinbefund: Keine Luessymptome. Über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Herz nach links verbreitert. Über der Mitralis ein systolisches Geräusch. Pulsus celer. Karotispulsation. Klinische Diagnose: Insufficientia aorta et mitralis (W. R. +).

2. Z. A., m., 35 J. Anamn.: Lues nicht zugegeben. Vor 5 Jahren Gelenkrheumatismus. Starker Raucher, mäßiger Alkoholiker. Plötzlich in der Nacht Erstickungsanfälle. Kam mit starker Atemnot zur Aufnahme. Allg.-Bef.: Herz nach links und rechts dilatiert. Über dem Sternum ein diastolisches Geräusch. Pulsus celer. Kein Anhaltspunkt für Lues. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae (W. R. +).

3. Q. L., m., 45 J. Anamn.: Anamnestisch weder Lues noch Gelenkrheumatismus. Seit langer Zeit Magenbeschwerden, Schwäche der Beine. Herzfehler besteht angeblich längst. Allg.-Bef.: Deutliche tabische Erscheinungen. Kein Zeichen von

Digitized by Google

Lues. Über der Aorta ein lautes, blasendes, diastolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae (W. R. +).

4. E. J., m., 61 J. Anamn.: Epileptiker von Kindheit an. Lues negiert. 1879 operiert wegen eines Abszesses am Rücken, 1882 wegen Eiterung in der Stirnhöhle. Rechte Nasenwand dem Septum so anliegend, daß keine Luft durchtreten kann. Seit 1909 starke Asthmaanfälle. Allg.-Bef.: Dyspnöe, Zyanose. Über den Lungen Schnurren. Herzaktion sehr beschleunigt. Pulsus celer. Schwerer stenokardischer Anfall. Über dem Sternum lautes diastolisches Geräusch. Karotispulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae. Stenokardie (W. R. +).

5. S. R., m., 45 J. Anamn.: Mit 26 Jahren Lues; war in Behandlung. Jetziges Leiden begann vor 3 Jahren, mit schwerer Atemnot und Schmerzen auf der Brust. Im Jahre 1909 Verschlimmerung. Allg.-Bef.: Keine luetischen Erscheinungen. Diastolisches Geräusch über der Aorta, systolisches über der Mitralis. Dilatation und Hypertrophie des Herzens. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae et mitralis (W. R. +).

6. K. A., m., 45 J. Anamn.: Mit 33 Jahren Gelenkrheumatismus. Anamnestisch keine Lues. Jetziges Leiden begann vor 3 Jahren mit Schmerzen im Rücken und Schulterblattgegend. Allg.-Bef.: Stimme heiser. Larynxschleimhaut und Stimmbänder leicht gerötet. Puls beschleunigt. Bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zeigt sich über dem Herzen ein mannsfaustgroßer Tumor, der lebhaft pulsiert. Über dem Manubrium sterni Dämpfung. Über Aorta und Tumor ein diastolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Aneurysma aortae ascendentis et Insufficientia valv. aortae (W. R. +).

7. W. W., m., 47 J. Anamn.: Lues nicht zugegeben. Seit 2 Jahren starke Schmerzen in der Herzgegend, Herzklopfen, Atemnot, Zyanose. Schwellung der Beine. Allg.-Bef.: Stimme heiser. Larynxschleimhaut intensiv gerötet. Über dem Manubrium sterni Dämpfung. Im Röntgenbild ein faustgroßer, hinter dem Manubrium sterni stark pulsierender Tumor. Über der Dämpfung systolisches und diastolisches Geräusch. Über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Aneurysma aortae et Insufficientia valv. aortae (W. R. +).

8. O. G., m., 48 J. Anamn.: 1909 Gelenkrheumatismus. 1910 Stechen in der Herzgegend und Atemnot. Allg.-Bef.: Keine manifesten Luessymptome. Spitzenstoß nach links unten verlagert. Dämpfung nach rechts verbreitert. Über der Mitralis ein systolisches Geräusch. Ein diastolisches Geräusch über der Aorta. Pulsus celer et altus. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis et aortae (W. R. +).

9. E. O., m., 44 J. Anamn.: Lues negiert. Jetziges Leiden begann vor vier Wochen mit Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen. Allg.-Bef.: Submaxillare Lymphdrüsen vergrößert, Herz nach links und rechts verbreitert. Über der Spitze ein sehr lautes systolisches Geräusch. Über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Puls unregelmäßig, mit Extrasystolen. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis et aortae (W. R. +).

10. H. H., m., 25 J. Anamn.: Familienanamnese o. B. 1905 zum ersten-, 1910 zum zweitenmal wegen Lues behandelt. Plötzlich Anfälle von Dyspnoe, Herzbeschwerden. Allg.-Bef.: Geschwüre am rechten Bein. An den Unterschenkeln Ödeme. Herz nach rechts verbreitert. Über der Spitze ein systolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis (W. R. +).

11. F. S., m., 64 J. Anamn.: Lues nicht zugegeben. Seit einem Vierteljahr Atembeschwerden, die plötzlich sehr heftig wurden. Allg.-Bef.: Dyspnöe, Pupillendifferenz. Beide Pupillen reagieren nicht auf Lichteinfall. Spitzenstoß nach links und unten verlagert. Herz nach links und rechts dilatiert. Über sämtlichen Klappen dumpfe Töne. Über der Spitze ein systolisches Geräusch. Akzentuierter II. Pulmonalton.

Digitized by Google

Diastolisches Geräusch über der Mitte des Sternum. Pulsus celer et altus. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae et mitralis (W. R. +).

12. K. J., m., 58 J. Anamn.: Gelenkrheumatismus. Potator. Anamnestisch Lues nicht festzustellen. Jetziges Leiden begann vor 14 Tagen mit Atemnot und Schwellung der Beine. Allg.-Bef.: Zyanose. Ödeme an den Beinen. Dyspnöe. Pupillen ungleich, auf Licht nicht reagierend. Spitzenstoß nach links verlagert. Lebhafte epigastrische Pulsationen. Herz nach rechts verbreitert. Über der Spitze diastolisches Schwirren. Mächtig verstärkter II. Pulmonalton. Herzaktion sehr unregelmäßig; Extrasystolen. Klin. Diagn.: Insufficientia et Stenosis valv. mitralis (W. R. +).

13. V. A., m., 48 J. Anamn.: Pat. will bis Winter 1909 immer gesund gewesen sein. Klagt über Husten, Atemnot, Herzklopfen. 1910 Verschlimmerung: es gesellen sich Druck- und Schmerzgefühl in der Herzgegend hinzu. Patient ist starker Raucher und Potator. Sexuelle Krankheiten nicht zugegeben. Allg.-Bef.: Zyanose. Ausgedehnte Ödeme an Ober- und Unterschenkeln, Rücken- und Bauchhaut. Über den hinteren unteren Lungenpartien absolute Dämpfung. Schnurren und Pfeifen. Spitzenstoß verlagert nach links und unten. Dämpfung nach links verbreitert. Über der Spitze ein systolisches Geräusch. Ein diastolisches Geräusch über der Aorta. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae (W. R. +).

14. V. A., w., 66 J. Anamn.: Tabes. Jetziges Leiden begann im Februar 1911 mit Magenbeschwerden, Erbrechen und Atemnot. Allg.-Bef.: Reflektorische Pupillenstarre. Gastrische Krisen. Spitzenstoß hebend, nach links und unten verlagert. Herz nach links verbreitert. Über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Pulsus celer et altus. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae (W. R. +).

15. S. M., w., 34 J. Anamn.: Patientin hat 2 Aborte, 3 Frühgeburten und vier normale Geburten gehabt. Ein Kind lebte nur einen Tag; eins ist augenleidend und eins tuberkulös. Der Mann ist Potator, sonst soll er gesund sein. Jetziges Leiden begann vor 3 Monaten mit Husten und Auswurf. Allg.-Bef.: Deutliche tabische Erscheinungen. Herz nach links und rechts verbreitert. Spitzenstoß hebend, nach links verlagert. Über der Spitze ein präsystolisches-systolisches Geräusch, Frémissement. Über dem Sternum ein lautes, blasendes, diastolisches Geräusch. Verstärkter II. Pulmonalton. Epigastrische Pulsationen. Doppelton über der Arteria femoralis. Pulsus parvus, celer. Röntgendurchleuchtung: mitralkonfiguriertes Herz. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae et Stenosis valv. mitralis (W. R. +).

16. B. J., m., 32 J. Anamn.: Lues negiert. Gelenkrheumatismus. Seit 3 Jahren Herzbeschwerden. Bangigkeit, Herzklopfen, Ohnmachtsanfälle. Allg.-Bef.: Vorwölbung der Herzgegend. Spitzenstoß hebend, nach links unten verlagert. Herz nach rechts und links verbreitert. Präsystolisches Geräusch über der Spitze. II. Pulmonalton akzentuiert. II. Aortenton gespalten. Herzaktion sehr unregelmäßig. Die Durchleuchtung ergibt ein mitralkonfiguriertes Herz. Klin. Diagn.: Insufficientia et Stenosis valv. mitralis (W. R. +).

17. S. M., w., 59 J. Anamn.: Vor 7 Jahren Gelenkrheumatismus. Anamnestisch keine Lues. Jetziges Leiden begann mit Schmerzen in der Herzgegend, Beklemmungsgefühl und Herzklopfen. Allg.-Bef.: Spitzenstoß hebend. Herz nach rechts verbreitert. Über der Mitralis ein schabendes Geräusch. II. Pulmonalton akzentuiert. Klin. Diag.: Insufficientia valv. mitralis (W. R. +).

18. V. D., m., 34 J. Anamn.: 1900 ein Geschwür an der Glans penis. Jetziges Leiden begann plötzlich mit Angstanfällen, Atemnot, Ohnmachten und Bluthusten. Allg.-Bef.: Atmung beschleunigt. Epigastrische Pulsationen. Spitzenstoß im VI. Interkostalraum. Herzschlag außerordentlich verlangsamt: 30—32 Schläge pro Minute. Extra-

Digitized by Google

systolen. Herzdämpfung nach links und rechts verbreitert. Über der Mitralis ein dumpfer I. Ton, ein schabendes systolisches Geräusch; dann ein gießendes diastolisches, das über dem ganzen Sternum hörbar ist. Über der Trikuspidalis lautes systolisches und diastolisches Geräusch. Über Aorta und Pulmonalis starkes diastolisches Geräusch. Röntgenoskopie: typische Wagebalkenpulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis et aortae (W. R. +).

19. W. J., m., 53 J. Anamn.: Pat. gibt an Gonorrhöe durchgemacht zu haben. Für Lues bestehen keine Anhaltspunkte. Jetziges Leiden begann mit dumpfen Schmerzen in der rechten Brustseite, die sich durch ein Trauma verschlimmerten. Allg.-Bef.: Vorwölbung der rechten Thoraxhälfte zwischen II.—V. Rippe. Erweiterung der Thoraxhautvenen. Über den Lungen Pfeifen und Schnurren. Der nach rechts verbreiterten Herzdämpfung sitzt über dem Manubrium sterni eine andere auf, die den linken Sternalrand überschreitet. Die Herztöne sind über ihr sehr laut hörbar. Über allen Klappen reine Herztöne. Arrhythmie. Die Durchleuchtung ergibt mächtige Verbreiterung des Gefäßbandes und deutliche Pulsation. Klin. Diagn.: Aneurysma aortae (W. R. +).

20. M. E., m., 33 J. Anamn.: Angeblich bestand vor Jahren Gonorrhöe. 1902 Malaria. 1907 Muskelrheumatismus. Seit 1908 anfallsweise auftretende stechende, mit Dyspnöe verbundene Schmerzen in der linken Brustgegend, die seit Januar 1912 sich beständig wiederholen. Ohnmachtsanfälle. Allg.-Bef.: Lymphdrüsen der Supraklavikular- und Axillargegend vergrößert. Epigastrische Pulsationen. Herzbuckel. Spitzenstoß hebend, nach unten und außen verlagert. Herzdämpfung wenig nach rechts, stark nach links verbreitert. Über Mitralis und Trikuspidalis I. Ton dumpf; an den II. Ton schließt sich ein gießendes diastolisches Geräusch an, das über der Aorta musikalischen Charakter hat. II. Aortenton wie II. Pulmonalton sind dumpf. Pulsus celer. Diastolisches Geräusch über der Karotis. Röntgenoskopie: Gefäßband vergrößert, besonders an der Aorta ascendens. Herz und große Gefäße zeigen Wagebalkenpulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae (W. R. +).

21. S. H., m., 47 J. Anamn.: Das Herzleiden besteht seit 3 Jahren, angeblich nach Gelenkrheumatismus. Seit 1912 starkes Herzklopfen und Dyspnöe. Schmerzen in der Magengegend. Allg.-Bef.: Spitzenstoß nach links außen verlagert, hebend. Dämpfung nach links verbreitert. Systolisches Geräusch über der Spitze. II. Mitralton nicht hörbar, anstatt dessen ein lautes diastolisches Geräusch von musikalischem Charakter, das über der Trikuspidalis und Aorta noch stärker ist. Pulsus celer. Röntgenoskopie: Aorta zeigt Wagebalkenpulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis et aortae (W. R. +).

22. W. A., w., 61 J. Anamn.: Immer gesund gewesen. Lues unbekannt. Erkältung, bald darauf Husten, geschwollene Beine. Atemnot. Allg.-Bef.: Am Thorax und Rücken kleine rot gefärbte Papeln. Haut bräunlich verfärbt. Objektive Dyspnöe. Präsystolisches Schwirren und präsystolisches Geräusch über der Spitze. Klin. Diagn.: Stenosis mitralis (W. R. —).

23. M. E., m., 27 J. Anamn.: Kein Gelenkrheumatismus, keine anderen Infektionskrankheiten. Lues negiert. Seit 14 Tagen heftiger Husten, geschwollene Beine. Allg.-Bef.: Keine Luessymptome. Über der Mitralis systolisches Geräusch, gespaltener II. Ton; über der Spitze präsystolisches Geräusch und Schwirren. Herz nach rechts und links verbreitert. Klin. Diagn.: Insufficientia et Stenosis valv. mitralis (W. R. —).

24. N. G., m., 26 J. Anamn.: Lues nicht zugegeben. Vor 2 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit Juli 1910 allgemeine Schwäche und Herzbeschwerden. Allg.-Bef.: Arrhythmie der Herzaktion. Spitzenstoß nach links verlagert, breit, hebend. Über der Spitze lautes systolisches Geräusch. II. Pulmonal- und Aortenton akzentuiert. Über

Digitized by Google

der Aorta diastolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae et mitralis (W. R. —).

25. M. J., m., 42 J. Anamn.: Mit 21 Jahren Gelenkrheumatismus, der zweite Anfall erfolgte nach einem Jahr. Seit 2 Wochen Atemnot, Kopfweh, Herzklopfen. Anamnestisch keine Lues. Allg.-Bef.: Arrhythmia cordis. Extrasystolen. Spitzenstoß hebend, nach links und unten verlagert. Dämpfung nach links und rechts verbreitert. Epigastrische Pulsationen. Über der Spitze lautes systolisches Geräusch. Frémissement. Präsystolisches und systolisches Geräusch über der Mitralis. Über dem Sternum ein diastolisches Geräusch, dessen Punctum maximum über der Aorta ist. Klin. Diagn.: Insufficientia et Stenosis valv. mitralis. Insufficientia aortae (W. R. —).

26. P. E., m., 50 J. Anamn.: Lues negiert. Vor $1^1/_2$ Jahren Rheumatismus. Seitdem Kopfweh, geschwollene Beine, Mattigkeit, Husten. Starker Potator. Raucher. Allg.-Bef.: Über den Lungen Rasselgeräusche, Pfeifen und Schnurren. Herzaktion sehr unregelmäßig, beschleunigt. Spitzenstoß nach links verlagert. Über der Spitze systolisches Geräusch. II. Pulmonalton akzentuiert. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis (W. R. —).

27. F. B., w., 62 J. Anamn.: 1895: Geschwüre an den Unterschenkeln. Seit Neujahr 1911 Husten. Atemnot in Zusammenhang mit Struma besteht längst. Allg.-Bef.: Ödeme an beiden Extremitäten. An den Unterschenkeln mächtige Ulzera. Puls unregelmäßig. Extrasystolen. Über den Lungen Schnurren und Pfeifen. Herzdämpfung nach links verbreitert. Über der Spitze und Pulmonalis systolisches Geräusch. II. Pulmonalton verstärkt. Über der Aorta lautes systolisches Geräusch. Klin. Diagn.: Stenosis aortae. Insufficientia mitralis (W. R. —).

28. B. K., m., 42 J. Anamn.: Lues negiert. Als Lehrjunge Bleikolik. Seit 14 Tagen Atemnot. Schwerer Erstickungsanfall. Alkohol- und Nikotinabusus. Allg.-Bef.: Hochgradige Dyspnöe und Zyanose. Lautes Trachealrasseln. Husten. Über den Lungen Schnurren und Pfeifen. Spitzenstoß verbreitert, hebend. Cor bovinum. Über der Spitze systolisches Geräusch. Über der Aorta lautes, blasendes, diastolisches Geräusch. Dämpfung über dem Manubrium sterni. II. Pulmonalton verstärkt. Pulsus celer et altus. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae et mitralis. Aneurysma aortae (W. R. —).

29. L. E., m., 27 J. Anamn.: Familienanamnese o. B. Jetziges Leiden begann seit 14 Tagen mit Müdigkeit, Husten und Schwellung der Beine. Keine Anhaltspunkte für Lues. Allg.-Bef.: Zyanose. Über den Lungen feuchte Rasselgeräusche. In der Herzgegend lebhafte Pulsationen. Dämpfung nach rechts verbreitert. Über der Spitze präsystolisches Geräusch, gespaltener II. Ton. Über der Pulmonalis dumpfer I. Ton. II. Ton klappend. Herzaktion unregelmäßig. Klin. Diagn.: Stenosis et Insufficientia valv. mitralis (W. R. —).

30. S. F., m., 31 J. Anamn: Anamnestisch Lues unbekannt. Herzbeschwerden seit März 1911 mit Müdigkeit und Atemnot eingesetzt. Allg.-Bef.: Zyanose. Dyspnöe. Stechende Schmerzen in der Herzgegend. Epigastrische Pulsationen. Spitzenstoß nach links verlagert. Arrhythmia cordis: gehäufte Extrasystolen. Dämpfung nach rechts verbreitert. Im Sputum Herzfehlerzellen. Über der Spitze und Pulmonalis systolisches Geräusch. II. Pulmonalton stark akzentuiert. Klin. Diagn.: Insufficientia et Stenosis valv. mitralis (W. R. —).

31. S. G., m., 43 J. Anamn.: Lues negiert. Seit Januar 1910 stenokardische Anfälle. Husten. Allg.-Bef.: Zyanose. Dyspnöe. Mächtige Pulsationen der Halsgefäße. Spitzenstoß nach links und unten verlagert. Über der Spitze ein dumpfer I. Ton und systolisches Geräusch. Über der Aorta lautes, gießendes, diastolisches

Digitized by Google

Geräusch, das über der Pulmonalis noch lauter ist. Kapillarpuls. Durozierzsches Doppelgeräusch. Pulsus celer et altus. Dämpfung über dem Manubrium sterni. Im Röntgenbild zeigt sich ein Aneurysma der aufsteigenden Aorta. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae. Aneurysma aortae ascend. (W. R. —).

32. W. M., w., 28 J. Anamn.: Mit 13 Jahren Rheumatismus. Seit einem Jahr Herzklopfen, Atemnot, Schwellung der Beine, Husten. Allg.-Bef.: Zyanose. Herz nach links und rechts verbreitert. Spitzenstoß hebend, nach links verlagert. Über der Spitze präsystolisches, über allen Ostien systolisches Geräusch. Über der Mitte des Sternums diastolisches Geräusch. II. Pulmonalton akzentuiert. Trommelschlägelfinger. Röntgendurchleuchtung: ausgesprochen mitralkonfiguriertes Herz. Linker Vorhof verbreitert, pulsiert stark. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae. Insufficientia et Stenosis valv. mitralis (W. R. —).

33. H. L., w., 22 J. Anamn.: Sämtliche Kinderkrankheiten, außerdem Veitstanz durchgemacht. Von November 1910 bis März 1911 Salvarsanbehandlung wegen Lues. Normale Geburt. Allg.-Bef.: Vorwölbung und Pulsation über dem ganzen Herzen. Über der Spitze präsystolisches Geräusch. Akzentuation des II. Pulmonaltones. Frémissement. Klin. Diagn.: Stenosis valv. mitralis (W. R. —).

34. D. K., m., 27 J. Anamn.: Keine Anhaltspunkte für Lues. Vor 11 Jahren Gelenkrheumatismus mit Herzbeutel- und Brustfellentzündung. 1908 Nikotinvergiftung: Pat. rauchte 60—70 Zigaretten pro Tag. Zweiter Anfall von Gelenkrheumatismus. Jetziges Leiden begann im März 1912 mit Müdigkeit und Atemnot. Allg.-Bef.: Spitzenstoß stark hebend, nach unten und links verlagert. Dämpfung nach rechts und links verbreitert. Über der Spitze und Pulmonalis systolisches Geräusch. Über der Mitte des Sternum lautes, gießendes, diastolisches Geräusch. Karotidenhüpfen. Kapillarpuls. Pulsus celer et altus. Röntgenoskopie: mitralkonfiguriertes Herz. Klin. Diagn.: Insufficientia aortae et mitralis (W. R. —).

35. S. W., m., 42 J. Anamn.: Lues negiert. Gelenkrheumatismus. Jetziges Leiden begann vor 4 Wochen mit Spannungsgefühl in der Herz- und Magengegend, Beschwerden beim Treppensteigen und Schwellung des linken Beines. Allg.-Bef.: Herzgegend vorgewölbt. Spitzenstoß nach außen verlagert. Lebhafte Pulsationen der Halsgefäße. Über der Aorta und dem ganzen Sternum lautes diastolisches Geräusch. Arrhythmia perpetua. Röntgenoskopie: typische Wagebalkenpulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae (W. R. —).

36. W. O., m., 30 J. Anamn.: Anamnestisch keine Lues. Mit 8 Jahren Pneumonie, mit 14 Pleuritis. Beim Militär Bronchialkatarrh. Starker Raucher und Potator. 1911 Anschwellung der Beine, Husten, Heiserkeit. Im März 1912 gesellt sich Atemnot beim Treppensteigen hinzu. Allg.-Bef.: Starke Ödeme der Unterschenkel und der unteren Bauchgegend. Zyanose. Tonsillen vergrößert und gerötet. Lähmung des rechten Rekurrens. In beiden Infraskpulärräumen Rasselgeräusche. Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links. Frémissement. Über der Spitze lauter I. Ton, systolisches Geräusch, das über der Aorta leise, über der Pulmonalis deutlich ist. Schwache, beschleunigte Herzaktion. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. mitralis (W. R. —).

37. B. K., m., 39 J. Anamn.: Lues unbekannt. Beschwerden beim Treppensteigen. Schwindelanfälle. Heftige Schmerzen in der linken Brustgegend. Dyspnöe. Allg.-Bef.: Karotidenhüpfen. Diastolisches Geräusch über der Karotis. Venenpulsationen. Kapillarpuls. Die ganze Herzgegend zeigt starke systolische Erschütterung. Spitzenstoß hebend, stark nach außen verlagert. Herz nach rechts und links verbreitert. Über der Aorta ein blasendes diastolisches Geräusch. Durozierzsches Doppel-

Digitized by Google

geräusch. Röntgenoskopie: Aorta zeigt mächtige Wagebalkenpulsation. Klin. Diagn.: Insufficientia valv. aortae (W. R. —).

Die Ergebnisse dieser im Verlaufe von $3^1/_2$ Jahren (Januar 1909 bis Juli 1912) auf der Züricher medizinischen Klinik zur Beobachtung gelangten und serologisch auf ihre Ätiologie geprüften 37 Fälle sind in der Zusammenstellung nach der speziellen Diagnose folgende:

	Zahl der Fälle	positiv	negativ	%
Reine Aorteninsuffizienz	7	5	2	71,4
Mit Aneurysma kombiniert	3	2	1	66,6
Mit Tabes dorsalis kombiniert	1	1	—	100
Mit Aneurysma und Mitralinsuffizienz kombiniert	1	—	1	0
Mit Tabes dorsalis und Stenosis mitralis kombiniert	1	1	—	100
Mit Insuffizienz und Stenosis mitralis kombiniert	11	7	4	63,6
Reines Aneurysma	1	1	—	100
Reine Mitralfehler	11	4	7	36,3
Stenosis aortae mit Insufficientia mitralis kombiniert	1	—	1	0
	37	21	16	56,7

Von den zwei reinen Aorteninsuffizienzen, bei denen die serologische Untersuchung negativ ausgefallen ist, hat die eine (Fall 35) Gelenkrheumatismus als Ursache. Ebenso verzeichnen 3 von den 4 negativ reagierenden mit Insuffizienz und Stenose der Mitralis kombinierten Aorteninsuffizienzen anamnestisch Gelenkrheumatismus als ätiologischen Faktor (Fälle 24, 25, 32).

Von den 37 Fällen kamen 14 ad exitum und lautete bei 7 (Nr. 2, 4, 5, 12, 14, 15, 18) die pathologisch-anatomische Diagnose auf Mesaortitis. Bei den übrigen sezierten Fällen (Nr. 9, 16, 26, 27, 29, 30, 32) waren keine Zeichen überstandener Lues festzustellen.

29 Fälle betreffen das männliche Geschlecht = 78,4 %, das weibliche aber nur 8 = 21,6 %.

Die unterste Altersgrenze entfällt auf das 22., die oberste auf das 66. Lebensjahr.

Übereinstimmend mit den serologischen Untersuchungsresultaten einiger in dieser Arbeit zitierten Autoren liefern unter den von mir festgestellten Zahlen den höchsten Prozentsatz die Aneurysmen der Aorta, sodann die mit Tabes dorsalis kombinierten Klappenfehler und die reinen Aorteninsuffizienzen. Hingegen sind, wie obige Tabelle zeigt, wenig nennenswert in bezug auf luetische Ätiologie die reinen Mitralfehler, was auch mit den an anderen Kliniken gemachten Erfahrungen in Einklang steht.

Digitized by Google

Literatur.

Abramow, Über die Veränderungen der Aorta bei Syphilis. Virchows Arch., 1904, Bd. 178. — Abramow, Zur Kasuistik der syphilitischen Erkrankung des Gefäßsystems. Virchows Arch., Bd. 168, S. 458. — Arnspergер, Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen. — Aron, Die Ätiologie und Therapie der Aortenaneurysmen. Berl. klin. Wochenschr., 1899, S. 253. — Bie, V., Syphilitische Herzkrankheiten. Münch. med. Wochenschr., 1911, S. 1207. — Breitmann, Über syphilitische Endokarditis. Sonderabdruck aus „Wratsch", 1901, Nr. 19. — Breitmann, Berl. klin. Wochenschr., 1911, S. 1763. — Bruhns, Neuere Erfahrungen und Anschauungen über die syphilitischen Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei akquirierter Lues. Berl. klin. Wochenschr., 1906, Bd. 1, S. 513. — Citron, J., Über Aorteninsuffizienz und Lues. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 48, S. 2142. — Deneke, Lues und Aorteninsuffizienz. Münch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 24, S. 1259. — Donath, K., Über die Wassermannsche Reaktion bei Aortenerkrankungen. Berl. klin. Wochenschr., 1909, S. 2015. — Döhle, Über Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmenbildung, 1895. — Etienne, Des Anévrysmes dans leur rapports avec la Syphilis. Ann. de Derm. et de syph., 1897, Bd. 8. — Graßmann, Über die akquirierte Syphilis des Herzens. Münch. med. Wochenschr., 1897, Nr. 18/19. — Heller, Aortenaneurysma und Syphilis. Virchows Arch., Bd. 171. — Heller, Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen. Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 50. — Kaleff, Über Lues und Aneurysma der Aorta. Inaug.-Diss., 1910. — Krefting, Aorteninsuffizienz und die Wassermannsche Luesreaktion. Berl. klin. Wochenschr., 1910, S. 713. — Rasch, Über die Beziehungen der Aortenaneurysmen zur Syphilis. Arch. f. Derm., 1899, Bd. 47. — Rogge und Müller, Tabes dorsalis, Erkrankungen der Zirkulationsorgane und Syphilis. Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 89. — Runeberg, Die syphilitischen Herzaffektionen. Dtsch. med. Wochenschr., 1903, Nr. 1 u. 2. — Saathoff, Das Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage und seine Frühdiagnose. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 42, S. 2050. — Schütze, Erkrankungen der Aorta usw. Ztschr. f. Chir., Bd. 95. — Thürlimann, Über Insuffizienz der Lungenarterienklappen. Inaug.-Diss., 1910. — Weichhardt, Jahresber. üb. d. Ergebn. d. Immunitätsforsch., 1909, Bd. 5.

Bücherbesprechungen.

Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von C. Stern. (Leipzig 1911, J. A. Barth.) Wir sind Stern dankbar, daß er das mit so großem Fleiß gesammelte und geschickt zusammengestellte Material uns vermittelt. Der Venerologe ist ihm besonders verpflichtet, welcher — zumal wenn er wie Stern über viele Jahre einer großen Polizeistation vorsteht — wie kein anderer Vertreter der ärztlichen Kunst dazu gedrängt wird, sich Einsicht zu verschaffen in verwickelte und die moderne Menschheit bedrängende Verhältnisse. Das schwierige Problem der Eindämmung der Geschlechtskrankheiten hat Stern den Angelpunkt abgegeben für seine mühevollen Nachforschungen. 1. Weshalb müssen wir Fürsorge treiben? 2. Weshalb müssen wir vorbeugende Tätigkeit ausüben? 3. Wie schützen wir die Jugend? 4. Das Fürsorgeerziehungsgesetz. 5. Fürsorgevereine. Das ist der Inhalt des ersten Teiles der lebhaft geschriebenen und den Leser zu immer neuen Anregungen führenden Monographie. In dem zweiten Teile wird über die Fürsorgebestrebungen für Gefallene referiert. In

Digitized by Google

einem Anhang wird an der Hand von Beispielen über Anstaltstypen berichtet. Der dritte Teil gibt einen statistischen Bericht über die im deutschen Reiche bestehenden Einrichtungen an Fürsorge für Erkrankte.

Um nur eins herauszugreifen: wie belehrend ist es, die Bestimmungen des Fürsorgeerziehungsgesetzes kennen zu lernen, die Absichten, welche der Gesetzgeber mit ihm verband, und dann die Stellung des Kammergerichtes, dessen Praxis diese Absichten illusorisch macht. Der Gesetzgeber wollte die Kinder retten, die noch nicht verwahrlost sind, aber in einer sie gefährdenden Umgebung aufwachsen. Das Kammergericht hält sich an den Wortlaut, läßt die Fürsorgeerziehung nur dann eintreten, wenn „besondere erzieherische Maßnahmen, namentlich strenge und andauernde Anstaltspflege" nötig sind, um die Verwahrlosung des Minderjährigen zu verhüten. Genügt die einfache Trennung des Kindes von den Eltern, um die Verwahrlosung aufzuhalten, so hat nach der Auslegung des Kammergerichtes die Hilfe des Armenpflegers, nicht die Fürsorgeerziehung, einzutreten. Trotz des energischen Widerspruchs von den verschiedenen Seiten hat das Kammergericht seine Stellung beibehalten.

In welchem Umfang — gleichgültig, welche Motive die Grundlage geben — staatlich und von privater Seite die verschiedenartigsten Einrichtungen unseres Vaterlandes dem großen Liebes- und Erziehungswerk zugeordnet sind, erläutern die Sternschen Angaben — zum Teil mit Illustrationen — in übersichtlichster Form.

In seinen einleitenden Äußerungen geht Stern von dem Menschen als Triebnatur aus, deren Triebsteigerungen die nötigen Hemmungen entgegenzustellen Aufgabe der Erziehung ist. Der „Sexualverbrecher" Wulffens wird nur sehr bedingt geltend gelassen. Zu kurz gehalten sind die Einwände Sterns, als daß die Polemik gegen Wulffen befriedigen könnte. Stern stellt unter den Mitteln zur Bekämpfung der Kriminalität für die große Masse an erste Stelle das religiöse Empfinden, ohne welches die Moralbegriffe schwinden müssen. Den großen Religionsgesellschaften muß aus diesem Grunde schon Freiheit ihrer Entwicklung und Freiheit ihrer Betätigung gelassen werden. Für das Volk gibt es noch keine Ethik ohne Religion.

Referenten klangen bei diesen Äußerungen die Worte des Wiener Philosophen Friedrich Jodl in den Ohren. In seinem Vortrag über den Monismus und die Kulturprobleme der Gegenwart (Leipzig 1911, A. Kröner), in welchem er die Bearbeitung der sozialen Frage vom monistischen Standpunkt fordert, entwickelt Jodl die Bestrebungen, welche der Ethik ihren gebührenden Platz in Leben und Lehre erringen wollen: einer Ethik, welche auf dem festen Grunde rein wissenschaftlicher Weltbetrachtung fußt; einer immanenten, nicht einer transzendenten; einer sozialen und humanen Ethik, nicht einer religiösen; einer geschichtlich erarbeiteten, nicht einer geoffenbarten; einer mit der Menschheit und Kultur sich entwickelnden, nicht einer ein für allemal fertigen und unwandelbaren.

Es liegt Referenten ganz fern, Sterns positiven Standpunkt irgendwie berühren zu wollen. Mehr fühlt er sich zu ihm hingezogen in einer greifbareren praktischen Frage. Schon vor Jahren hatte Stern eine Änderung des bestehenden gesetzlichen Zustandes nach der Richtung hin vorgeschlagen, „daß die Gewerbsunzucht dann strafbar sein soll, wenn die Betreffende nach Lage der Sache weis oder wissen muß, daß sie krank sei. Denn erst dann fängt die gewerbsmäßige Unzucht an, eine hygienische Gefahr für die Allgemeinheit zu werden, wenn das Objekt zur Ausübung des Gerwerbes ungeeignet ist". So kommt Stern den Antireglementaristen näher. Delbanco.

Die Tuberkulose der Haut, von F. Lewandowsky. (Ergebn. der Allgem. Patholog. u. Patholog. Anatomie des Menschen und der Tiere. Herausg. von Lubarsch und Ostertag. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1912.) „Die Geschichte der Hauttuberkulose in den beiden letzten Jahrzehnten ist die Geschichte eines großen wissenschaft-

Digitized by Google

lichen Fortschrittes." So lauten die einleitenden Sätze der Lewandowskyschen Bearbeitung, der vollwertigen Fortsetzung des Standardwerkes in der dermatologischen Literatur über die Tuberkulose der Haut, der Jadassohnschen Arbeit in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten (1904). Dem „großen wissenschaftlichen Fortschritt" in dem befohlenen engen Rahmen von knapp 90 Seiten gerecht zu werden, bedeutet keine geringe Leistung. Nicht weniger als 455 Literaturangaben mußten berücksichtigt werden. Außerdem verlangte das Referat einen Überblick über die mit ihren Hypothesen und neuen Gedankengängen für den einzelnen kaum noch übersehbare Wissenschaft der Serologie.

Lewandowsky gliedert den Stoff in die drei großen Kapitel: „Ätiologie und ätiologische Diagnostik", „Pathogenese" und „Spezielle Pathologie": Das erste Kapitel beschäftigt sich a) mit dem Typus humanus and bovinus der Tuberkelbazillen; b) mit dem Nachweis der Tuberkelbazillen bei Hautkrankheiten; c) mit dem Nachweis der tuberkulösen Natur einer Hautaffektion. Das zweite Kapitel hat als Unterabteilungen a) Einfluß der Disposition; b) die Infektionswege; c) experimentelle Grundlagen zum Verständnis der Pathogenese; d) Anwendung der neueren Forschungsergebnisse über Tuberkuloseimmunität auf die Pathogenese der Hauttuberkulose. Einheit von „Tuberkulose" und „Tuberkuliden". Das dritte Kapitel: a) tuberkulöse Dermatosen; b) Krankheiten, deren Zugehörigkeit zur Tuberkulose fraglich ist.

Ein Anhang bringt „Allgemeines über Therapie der Hauttuberkulosen".

Zu den zweifelfreien tuberkulösen Dermatosen zählen jetzt die Sarkoide und das Erythema induratum. — Von den Sonderkapiteln über die fraglichen Dermatosen interessiert die Stellung des Verfassers zum Lupus erythematodes. Nach ihm verbergen sich unter der heute als Lupus erythematodes bezeichneten Gruppe mehrere ätiologisch verschiedene Krankheiten, die wir klinisch noch nicht differenzieren können, und von der eine als eine besondere Form der Hauttuberkulose anzusehen ist. Sein Lehrer Jadassohn war in dem angeführten großen Referat zu dem Schluß gekommen, daß von einem gesetzmäßigen Zusammenhang mit der Tuberkulose nichts zu erkennen sei. Die Hypothese, welche den Lupus erythematodes als eine spezifische Infektionskrankheit nicht tuberkulöser Natur ansieht, hatte Jadassohn für die wahrscheinlichste gehalten.

Das größte Interesse verdient das Kapitel über die Pathogenese der Hauttuberkulose. Eine genaue Würdigung der Anwendungsmöglichkeiten und Formen der Tuberkulinreaktion und der Hautreaktionen mit Tuberkelbazillenderivaten, immer ausgehend von der grundlegenden Erkenntnis der Tuberkulinreaktion als einer Immunitätsreaktion, läßt Lewandowsky den Schlüssel für das vielgestaltige Bild der Hauttuberkulose einschließlich der Tuberkulide in der lytischen Theorie der Tuberkulinwirkung finden. Diese Theorie und ihre Nutzanwendung werden so überzeugend vorgetragen, daß sie sicherlich für lange Zeit herrschen wird. Mit dem Hinweis auf die klare Diktion möchte Referent die kurze Anzeige der jedem Dermatologen unentbehrlich werdenden Übersicht beschließen. Delbanco.

Über die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung, von A. Brauer-Danzig. (Samml. zwangloser Abh. aus dem Geb. der Dermatol., Bd. 2, Heft 1, Halle a. S. 1912, Karl Marhold.) Die Abhandlung gibt in zusammenfassender Weise den Stand unserer Kenntnisse über die WR. wieder. Das Verständnis der theoretischen Grundlagen ist durch einfache Federzeichnungen erleichtert. Die Schilderung der Technik könnte an manchen Stellen wohl kürzer gefaßt sein: da die Hefte die „allgemeine ärztliche Praxis" besonders berücksichtigen sollen, so erübrigt sich wohl die ausführliche Beschreibung der Prüfung und Einstellung des Antigens und des Ambozeptors. Nicht beistimmen kann Referent dem Verfasser, wenn er zur Blutentnahme beim Patienten, sofern diese durch das Hilfspersonal vor-

Digitized by Google

genommen wird, den Schröpfkopf empfiehlt. Die Venenpunktion in der Ellenbeuge ist die unter allen Umständen zu bevorzugende Methode, auf die nicht allein die Privat-, sondern auch die Krankenhauspatienten einen berechtigten Anspruch haben. Die Folgerungen, die Verfasser aus der WR. für die Therapie der Syphilis zieht, und die zugleich die der Kieler Hauptklinik sind, stimmen im allgemeinen mit denen der erfahrensten Syphilidologen überein; vor allem hält Verfasser noch an der chronisch-intermittierenden kombinierten Hg-Salvarsanbehandlung fest. Der den Syphitikern gegebene Rat, auf lange Jahre hinaus Serumuntersuchungen vornehmen zu lassen, wäre wert, besonders von dem Allgemeinpraktiker beherzigt zu werden. Fendt-Wiesbaden.

Die Tuberkulose der Harnorgane, von Hans Wildholz-Bern. (Samml. zwangloser Abh. aus dem Geb. der Dermatol., Bd. 1, H. 8, Halle a. S. 1912, Carl Marhold.) In einer zur Orientierung sehr empfehlenswerten Zusammenfassung bespricht Verfasser die tuberkulösen Erkrankungen der Harnorgane, deren wichtigste die fast ausschließlich hämatogene Nierentuberkulose ist. Für die erste Untersuchung des Urinsedimentes bei „chronischer Zystitis" empfiehlt Verfasser die Färbung eines Ausstrichpräparates mit Methylenblau, eine Sache weniger Minuten. „Finden sich in diesem Präparate keine Bakterien neben dem Eiter, dann ist die Diagnose der Tuberkulose schon fast sicher." Zur Sicherung der Diagnose müssen natürlich die Tuberkelbazillen nachgewiesen werden, was auf mikroskopischem Wege in 80—90% ohne große Mühe gelingt. Das Antiforminverfahren ist beim Urinsediment entbehrlich. Zur Erkennntnis des Krankheitssitzes in den Nieren sind alle modernen diagnostischen Errungenschaften, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, Kryoskopie usw., heranzuziehen. In der Therapie ist das operative Vorgehen, und zwar das möglichst frühzeitige, allen übrigen Verfahren (Tuberkulin usw.) bedeutend überlegen. Hierbei kommt nur die Exstirpation einer Niere in Betracht. Die Mortalität bei dieser Operation ist in den letzten Jahren bedeutend gesunken, so daß sie nicht mehr zu den gefährlichen Operationen gerechnet werden darf. Der Prozentsatz der definitiven Heilungen bei den Frühstadien (Patienten des Verfassers) beträgt 76%, während in den späteren Stadien nur noch 52% vollständiger Heilung zu erzielen waren.

Wegen der übrigen Einzelheiten sei auf das sehr lesenswerte Original verwiesen.
Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beiträge zur Lösung der Frage nach der Resorption und Ausscheidung des zur Syphilisbehandlung verwendeten Quecksilbers, von Herbert Wallfisch. (Inaug.-Dissert., Breslau 1912.) Bei Einführung der verschiedenen Quecksilberpräparate besteht eine Gleichheit insofern, als das Hg überwiegend in komplexer Form im Organismus kreist und als solches zu den Ausscheidungsorganen gelangt. Die therapeutische Wirksamkeit beruht in allen Fällen auf der Bildung von ionalem Quecksilber. Es ist jetzt bewiesene Tatsache, daß das Quecksilber bei den Einreibungskuren wesentlich durch die Atmung aufgenommen wird. Ein Vergleich der Ausscheidung der verschiedenen Präparate zeigt, daß ein großer Unterschied zwischen den löslichen und unlöslichen anorganischen Hg-Salzen, Sublimat und Kalomel, nicht besteht. Etwa 8 Tage nach der Injektion ist der Höhepunkt der Ausscheidung erreicht, doch sind die absoluten Mengen des in den ersten Tagen nach der Injektion zur Ausscheidung kommenden Hg nach

Digitized by Google

Kalomelinjektionen anscheinend kleiner, wie nach Sublimatinjektionen. Bei beiden Präparaten wird die größere Menge Hg durch den Kot ausgeschieden, jedoch ist beim Sublimat die Ausscheidung durch die Nieren größer. Ein etwas anderes Bild bietet die Ausscheidung des in der Form von Oleum cinereum gereichten Hg dar. In diesem Falle wird das Metall etwas langsamer ausgeschieden, als nach Injektion von Kalomel. Ähnlich wie beim Kalomel und dem Sublimat ist auch bei diesem Präparat die Ausscheidung 8 Tage nach der Einspritzung auf ihrem Höhepunkt angelangt, aber sie sinkt im Gegensatze zu den anderen Präparaten im Urin ganz plötzlich auf 0 herab, während sie im Kot allmählich fällt. Abgesehen davon, wird beim Oleum cinereum im Gegensatz zu jenen Präparaten weit mehr Hg durch den Urin als durch den Kot ausgeschieden. Die Ausscheidung der organischen Hg-Präparate geschieht nach einem ganz anderen Typus wie die der anorganischen und des Oleum cinereum. Während bei den anderen Präparaten die Ausscheidungskurve mehr oder weniger allmählich steigt, und zwischen dem 5.—8. Tage ihren Höhepunkt erreicht, wird nach Injektion von Hg salic. insolubile bereits in den ersten 3 Tagen nach der Einspritzung 50% des einverleibten Hg aus dem Körper entfernt und damit das Maximum der Ausscheidung erreicht. Ähnlich verhält sich auch das Asurol beim Menschen. Die Ausscheidung des Quecksilbers erfolgt nach Anwendung von Asurol wesentlich durch die Fäzes. Fritz Loeb-München.

Indikationen und Gegenindikationen des Jodkaliums in der Syphilistherapie, von Gaucher. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Das Jodkalium soll gegeben werden 1. als Adjuvans des Quecksilbers, jedesmal wenn es sich um eine schwerere, virulentere Infektion handelt; 2. als lösendes Mittel bei infiltrierten Läsionen, zu welchen hauptsächlich die Gummata gehören. Als Kontraindikationen sieht Gaucher außer dem Falle der Idiosynkrasie die Larynxaffektionen, die Lungentuberkulose meistens und manche Nephritisformen an, besonders wenn der Urin dunkel gefärbt und wenig reichlich ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur internen Behandlung der Syphilis, besonders mit Hg-Glidine, von M. Lewitt-Berlin. (Fortschr. der Med., 1911, Nr. 42.) Empfehlung von Hg-Glidine, eines an Pflanzeneiweiß gebundenen Quecksilbers (Dr. Klopfer-Dresden-Leubnitz) zur innerlichen Behandlung der Syphilis. Das Mittel hat sich als wirksam und bequem, ohne toxische Nebenwirkungen, in einer Anzahl von Fällen in sekundärem Stadium bewährt.

H. Lautsch-Graudenz.

Merjodin bei der Heilung von Syphilis, von Erdös-Nagyvarad (Ungarn). (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Merjodin ist angeblich ein gutes Antisyphilitikum bei Lues II und III. Merjodin ist nicht schädlich für die Verdauungsorgane, hat sogar eine milde, abführende Wirkung. Bequeme, einfache Anwendungsweise des Merjodins im Gegensatz zur Inunktion. Dauer der Kur 4—6 Wochen, während dieser Zeit werden 120—150 Tabletten genommen. Die Anfangsdosis des Merjodins ist täglich 3mal je 1 Tablette, die gut zerschnitten geschluckt wird. In schweren Fällen 4—5 Tabletten täglich. In mittelschweren Fällen sogar Erhöhung auf 3mal 3 Tabletten täglich. Im Anfangsstadium, sowie bei der chronischen, intermittierenden Behandlung tut das Merjodin denselben Dienst wie die Inunktion oder Injektion. Das Merjodin ist wegen seiner Billigkeit geeignet auch bei Krankenkassen weiteste Verbreitung zu finden. Jede Tablette enthält 0,0083 g dijodparaphenolsulfosaures Quecksilber = 0,0025 g metallisches Quecksilber.

Kobligk-Dresden.

Venerische Krankheiten, von Adolf Buschke-Berlin. (Jena, G. Fischer, 1912.) In dem vorliegenden Kapitel über die Behandlung der Syphilis mit Arsenpräparaten präzisiert B. seinen auch heute noch im wesentlichen ablehnenden Standpunkt gegenüber dem Salvarsan. Nach kurzer Darstellung der gebräuchlichen Anwendungsformen

Digitized by Google

wird festgestellt, daß jede, auch die intravenöse Salvarsantherapie eine „nicht exakt dosierbare, eminent chronische Depotbehandlung mit Arsen" darstellt. Es wird zugegeben, daß das Mittel in genügend hoher Dosis auf die meisten Symptome der Syphilis günstig wirkt, aber auch hervorgehoben die Wirkungslosigkeit, oft auch rapide Verschlimmerung bei Affektionen des Zentralnervensystems, Augenaffektionen neben manchen „schnellen symptomatischen Effekten" in solchen Fällen. Bei Tabes, wo Salvarsananwendung eventuell Schmerzen der Krisen lindern kann, und Paralyse wird sie als „wirkungslos, ja häufig rapide verschlechternd", erklärt. Bei hohen Dosen werden lange Latenzzeiten erreicht, und aus diesem Grunde Kombinationen mit Hg-Kuren für aussichtsvoll hingestellt. Wird daher auch eine Abortivbehandlung mit großen Dosen als möglich zugegeben, so wird doch nachdrücklich darauf hingewiesen, daß infolge Störung des natürlichen Ablaufs der Syphilis durch zu energische Frühbehandlung das Hautorgan seine sonst jahrelang währende Resistenz gegen eine neue Lokalisation des Syphilisvirus verliert und dadurch Entstehung zahlreicher frischer Infektionen eventuell befördert wird. Von Nebenwirkungen wird vor allem als nunmehr strikt bewiesen die neurotrope Wirkung des Mittels festgestellt, deren Deutung, ob Herxheimersche Reaktion im erkrankten Nervengebiet (Ehrlich), ob traumatisch durch das Mittel provozierte Syphilisrezidive (Buschke-Fischer) noch nicht geklärt ist.

Zusammenfassend empfiehlt B. dem Praktiker, nach dem zeitigen Stand der Erfahrungen den Gebrauch des Salvarsans auf die gegen Hg und Jod refraktären und resistenten Fälle zu beschränken. H. Lautsch-Graudenz.

Erfahrungen über Salvarsan in der Oto-, Rhino-, Laryngologie, von R. Imhofer-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1911, Nr. 41.) Eine referierende Übersicht über diese Frage, in welcher Verfasser zu dem Schluß kommt, daß zwar die Schädlichkeit des Salvarsans nicht erwiesen ist, dasselbe jedoch bei Patienten mit irgend welchen Ohraffektionen zu vermeiden sei. Arthur Schucht-Danzig.

Erfahrungen über Salvarsan, von N. Lamensa-Palermo. (Gazz. internaz. di Med., Chir., usw., 1912, Nr. 19—20.) Salvarsan beeinflußt Primäraffekte und Schleimpapeln sehr, frische Hautmanifestationen weniger rasch; es wirkt auf alle sekundärsyphilitischen Augenläsionen sehr günstig, ebenso auf Knochenschmerzen, Arthritiden, auf pustulöse Läsionen, auf Gummata. Bei Orchitis luetica und Hodengummata ist die Wirkung eine sehr langsame. Bei parasyphilitischen Affektionen beobachtete Verfasser keine Wirkung. K. Rühl-Turin.

Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie, von Richard Sieskind-Berlin. (Berliner Klinik, Januar 1912, Heft 283.) In einer 48 Seiten umfassenden Schrift bringt uns der Verfasser in notwendig gedrängter Kürze alles Wissenswerte über Salvarsan, seine Wirkung und Nebenwirkung, Anwendungsweise, Technik, Dosierung, usw. In dieser Zeit, von Januar bis heute, hat sich vieles geändert, die Deutung über die Nebenwirkung unterliegt so vielen Schwankungen, daß man bislang eine bestimmte Norm nicht aufstellen kann. Ebenso begegnet man hinsichtlich der Dosierung verschiedenen Ansichten, zu empfehlen ist jedenfalls immer die mittlere Dosis, der Konstitution des Patienten entsprechend. Von Wert sind ferner die angegebenen Indikationen und Kontraindikationen nach Vorschrift seines um die Salvarsantherapie verdienten Meisters Wechselmann. W. Chrzelitzer-Posen.

Der heutige Standpunkt in der Salvarsantherapie, von Hübner. (Fortschr. d. Med., Jahrg. 29, Nr. 46.) Verfasser ist der Ansicht, daß das Salvarsan im Kampfe gegen die Syphilis im Durchschnitt mehr leistet als das Quecksilber. Haas-Hamburg.

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie, von M. Oppenheim. (Med. Blätter, 1912, 8—12.) O. gibt einen Überblick über die

Digitized by Google

Wandlungen, die die Salvarsantherapie durchgemacht hat und bespricht die in Betracht kommenden Fragen kurz. (Neurorezidive, WASSERMANN usw.) Er kommt zu dem Schluß, daß nur im allerersten Stadium der Syphilis alle Spirochäten durch Salvarsan abgetötet werden können. Die Neurorezidive bedingen immer ein gewisses Risiko bei dieser Therapie. Die beste Anwendungsweise ist die intravenöse Injektion. O. betrachtet Salvarsan als das energischere, Hg als das wichtigere Mittel. Kein Fall soll ohne Hg-Behandlung bleiben. Richard Frühwald-Leipzig.

Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von ALEX. RENAULT. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 18, 19, 20.) Auf Grund der durch Salvarsan hervorgerufenen unglücklichen Zufälle empfiehlt R. besonders dem praktischen Arzte folgendes Vorgehen: Sobald die Diagnose des Schankers feststeht, bekommt der Kranke eine Salvarsaninjektion. Vorher müssen aber alle seine Organe aufs genaueste untersucht werden und er erhält zur Prüfung auf eine eventuelle Arsenidiosynkrasie 2 Tage lang zweimal täglich einen Kaffeelöffel einer 0,05 %igen Lösung von Natr. arsenicos. Verträgt er diese gut, so erhält er 4—5 Tage später eine intramuskuläre Salvarsaninjektion von 0,4 in öliger Suspension. Dann folgt die gewöhnliche intermittierende Quecksilberbehandlung. Vor intravenösen und vor wiederholten Injektionen warnt der Verfasser. A. Gunsett-Straßburg.

Bisherige Ergebnisse unserer Salvarsanbehandlung, von KANNENGIESSER. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21 und 22.) In der dermatologischen Klinik der Kölner Akademie hat Verfasser in der Zeit vom Juli 1910 bis Anfang 1912 ein Material von 530 klinisch behandelten Fällen beobachten können, unter denen, wie an einigen ausführlicher mitgeteilten Krankengeschichten ersichtlich ist, sich manche bemerkenswerte Vorkommnisse konstatieren ließen. Die aus dieser Bearbeitung sich ergebenden Lehren decken sich im allgemeinen mit den Erfahrungen anderer Verfasser. In allen Stadien der Syphilis bewies das Salvarsan seine spirochätentötende Kraft. Die besten Resultate wurden durch eine Kombination mit Quecksilber (eventuell auch Jodkalium) in möglichst hohen Dosen erzielt. Was als eine angemessene Dosis gelten soll, läßt sich zurzeit bei der großen Verschiedenheit der Intensität der Erkrankung nicht präzis angeben; in der Regel genügten 3—4 g Salvarsan im Verein mit einer Schmierkur mit 180 g. Daß seit Einführung des Salvarsans die Neurorezidive häufiger als früher konstatiert werden, erklärt K. (wie andere) durch eine gewisse nervenschädigende Wirkung des Mittels, welche bei ungenügender Behandlung einen Locus minoris resistentiae für spätere Rezidive in den besonders dazu prädisponierten Nerven schafft. Die Gefahr eines Neurorezidivs ist um so größer, je weniger gründlich die erste Behandlungsphase durchgeführt worden ist. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die von Juli 1910 bis April 1912 mit Salvarsan gemachten Erfahrungen, von M. v. ZEISSL-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) In der angegebenen Zeit hat v. Z. 294 Patienten mit intramuskulären Salvarsaninjektionen in monazider Lösung behandelt, ohne daß einer von ihnen irgend einen Nachteil durch diese Behandlung erlitt. Es ergab sich überall die Überlegenheit der Heilwirkung des Salvarsans gegenüber dem Jod und Quecksilber. Schourp-Danzig.

Erfahrungen mit Salvarsan, von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33 u. 34.) Neben dem Gesamtresümee, daß das Salvarsan sich dem Verfasser bei zweijähriger Beobachtung als ein eminent wirksames Antiluetikum bei sachgemäßer Anwendung bewährte, dürften folgende Einzelheiten aus dieser sorgfältigen Arbeit erwähnenswert sein: Die Elimination des Wasserfehlers ist ein Moment von großer Wichtigkeit, und schon die Verwendung von nicht ganz frischem (etwa 24—48 Stunden altem) destilliertem Wasser wirkt nachteilig. Neurorezidive sind fast

Digitized by Google

durchweg als die Folge einer unzulänglichen Dosierung des Salvarsans anzuerkennen. Den sichersten Anhalt für die Erkenntnis einer dem Nervensystem drohenden Gefahr gewinnt man durch die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit. Bei der Untersuchung einer recht erheblichen Anzahl von Syphilitikern hat D. niemals eine vor der Salvarsanbehandlung normale Lumbalflüssigkeit sich als Folge der Behandlung pathologisch verändern gesehen. Ist bei der primären und sekundären Lues eine Beteiligung des Nervensystems vorhanden, so empfiehlt es sich, zunächst mit Quecksilber (2—4 Kalomelinjektionen) vorzugehen und bei reaktionslosem Verlauf alsdann zum Salvarsan überzugehen, indem man (intravenös) zunächst 0,3 gibt, nach 2 Tagen 0,4 und nach weiteren 3 Tagen 0,5 bis zu einer Gesamtdosis von 5,0. Bei Neurorezidiven fange man auch mit Kalomel an, etwa 0.05 am ersten und am dritten Tage, eventuell sogar weniger, und fange mit kleinen Dosen (0,1—0,2) Salvarsan erst nach gesichertem Verlauf an, um in Abständen von 2 Tagen die gleiche Dosis zu wiederholen, resp. mit dreitägigen Intervallen allmählich auf 0,3—0,5 zu steigern. Als Gesamtdosis sind 5—6 g auf 6—8 Wochen verteilt durchaus erforderlich. Im Gegensatz zu der frischen Syphilis hat D. in den Spätstadien bei inveterierter Zerebrospinalsyphilis niemals eine Schädigung durch zu geringe Dosierung gesehen. Dagegen sind Verschlechterungen bei Tabes nur Folge einer ungenügenden Behandlung, und D. konstatierte regelmäßig Besserungen, wenn konsequent mit der Behandlung, Salvarsan, eventuell mit Hg, fortgefahren wurde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kurzer Überblick über 516 Fälle von Salvarsananwendung, von Halpern. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 24.) Von Interesse ist, daß vom Verfasser nach intravenöser Salvarsananwendung normale Temperaturen beobachtet wurden bei Syphilis I in 24%, bei nichtbehandelter Syphilis II in 39% und bei behandelter Syphilis in 52%, bei latenter Syphilis II mit positiver Wassermannscher Reaktion, wie bei Syphilis III in 66%. Dagegen wurden Temperatursteigerungen bis zu 39° und höher beobachtet bei Syphilis I in 15%, bei nichtbehandelter Syphilis II in 17%, bei behandelter Syphilis II in 4%, bei latenter Syphilis II mit positivem Wassermann wie bei Syphilis III in 3%.

Arth. Jordan-Moskau.

Einige Fälle von Anwendung des Salvarsans bei Syphilis, von P. Pokrowski. **Intravenöse Salvarsananwendung in 200 Fällen von Syphilis,** von Swerew und Reilian. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 26.) P. rühmt das Salvarsan besonders bei der Fabrikbevölkerung.

S. und R. beobachteten unter ihren 200 Fällen von Syphilis in 98 oder in 33,5% keine Temperatursteigerung, in den übrigen Fällen Temperatursteigerungen über 37°, ferner Erbrechen, Übelkeit, Fußschmerz und zweimal Urtikaria. Arth. Jordan-Moskau.

Resultat der Salvarsananwendung in der ambulatorischen Praxis, von Sarkisow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 24.) Bericht über 34 ambulatorisch ausgeführte Salvarsaneinspritzungen, von denen 33 subkutan, resp. intramuskulär und nur eine intravenös geschah. Unter den subkutanen Injektionen kam es zweimal zu Nekrose, unter den intramuskulären Injektionen bloß zur Bildung von einem Infiltrat.

Arth. Jordan-Moskau.

Anwendung des Salvarsans in der Landpraxis, von Kramarenko. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 27.) K. hat das Salvarsan mit Erfolg in der Landpraxis angewandt und empfiehlt es speziell für diese, da die Kranken bloß 2—4 Tage beobachtet zu werden brauchen.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Betrachtungen über die Nomenklatur der Syphilis, von M. v. Zeissl-Wien. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 40.) Verfasser glaubt nicht an eine neurotoxische Wirkung des Salvarsans. Die Ansichten

Digitized by Google

des Verfassers über die angeblich ungünstige Wirkung des Hg, vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen angewandt, auf den Verlauf der Syphilis sind wohl genügend bekannt. Er führt dieselben vergleichsweise hier an und hält Salvarsan für ein rapid wirkendes Antisyphilitikum, welches weit seltener Rezidive aufkommen läßt als Hg und Jod.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Salvarsan bei Lues, von R. Castorina-Catania. (Gazz. internaz. di Med., Chir., usw., 1912, Nr. 22, S. 510.) Beobachtungen bei 7 Kranken. Verfasser glaubt dem Präparat keine starke Wirkung zuschreiben und es höchstens als Unterstützungsmittel neben Hg anwenden zu können. K. Rühl-Turin.

Kann das einer stillenden Mutter injizierte Salvarsan die Syphilis des Säuglings beeinflussen? von E. Jeanselme. (Ann. de gyn. et d'obstèt., Juli 1911.) Jeanselme hatte nur Mißerfolge. Im ersten Falle, den er mitteilt, konnte die Salvarsanbehandlung der Mutter das Auftreten eines Exanthems, sowie die Verschlimmerung eines syphilitischen Schnupfens und das Auftreten von Knochenläsionen nicht verhindern. Im zweiten Fall blieb das Kind kachektisch, es traten Fissuren der Lippen und Albuminurie auf, so daß zur Quecksilberbehandlung geschritten werden mußte. Auch im dritten und vierten Fall waren die Resultate nicht besser, und besonders im vierten konnten die Symptome erst durch Quecksilber zum Schwinden gebracht werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Syphilisexantheme nach Salvarsanbehandlung, von M. Oppenheim. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) O. berichtet eine Anzahl Fälle, denen gemeinsam ist, daß die Rezidivexantheme papulösen Typus haben und daß sie einen sehr hartnäckigen Verlauf zeigen; fortwährende Rezidive trotz energischster und abwechselnder Behandlung bei einer Beobachtungszeit von fast zwei Jahren. Prognostisch wichtig erscheint der ausgesprochen akut entzündliche, hellrote, sukkulente Charakter der Effloreszenzen und ihre eigentümliche Lokalisation fast ausschließlich an den Streckseiten der Extremitäten und im Gesicht.

„Diese Art von Exanthemen steht also in direktem Zusammenhang mit der energischen spezifischen Behandlung der Syphilis mit Salvarsan." W. Lehmann-Stettin.

Über den Einfluß der Salvarsanbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von R. Mueller-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Von den Schlußfolgerungen des Verfassers aus seinen zahlreichen Untersuchungsreihen sind einige von bemerkenswertem Interesse; er hat die Einwirkung des Salvarsans in den verschiedenen Stadien der Syphilis und je nach der Art der Anwendung untersucht: In beginnenden Fällen bei noch negativer Serumreaktion sind anscheinend die Aussichten auf Heilung durch die Salvarsantherapie größer; die intravenöse Applikation gibt nur bei negativer, nicht aber bei schon positiver Wassermannscher Reaktion bessere Resultate als die Glutäalmethode. Von den Chancen einer endgültigen Heilung zu sprechen, wäre wohl verfrüht, doch scheint ein eingreifender Effekt auf den Luesverlauf unverkennbar. Dabei ist zu bemerken, daß einzelne Fälle auch über ein Jahr lang negativ blieben, um erst später umzuschlagen, was für die Beurteilung anscheinend negativ bleibender Fälle von Wichtigkeit ist.

Was die Frage der Neurorezidive und der schankriformen Papeln angeht, die gewisse gemeinsame Charaktere aufzuweisen haben, so ist hervorzuheben, daß beide Erscheinungen bei Quecksilberbehandlung jedenfalls viel seltener sind, daß beide meist ungefähr zwischen der 7.—12. Woche nach der Behandlung, also früher als durchschnittlich die Allgemeinrezidive auftreten; und schließlich, daß beide fast ausnahmslos im Gegensatz zu den anderen Rezidiverscheinungen der Lues von negativem Wassermann begleitet sind.

Digitized by Google

Beim Vergleich zwischen der Wirkungsweise von Quecksilber und Salvarsan muß vorläufig gesagt werden, daß eine größere Dauerwirkung der Salvarsantherapie auch serologisch nicht konstatiert werden kann. W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan und die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis; eine serologische Studie von 474 Injektionen bei 416 Fällen, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (New York med. Journ., 4. Mai 1912.) H. kommt nach genauer Beobachtung seiner den verschiedensten Formen der Syphilis zugehörigen Fälle zu dem Schlusse, daß Salvarsan, wenn auch kein unfehlbares, so doch das wirksamste Mittel sei, das wir heutzutage gegen Syphilis besitzen. Es bringt in etwa 80% der Fälle scheinbare Heilung mit negativer Wassermannscher Reaktion. Ein guter Teil der übrigen 20% können immer noch mittels Quecksilberpräparaten und wiederholten Injektionen zu negativem Wassermann kommen. Salvarsan versagte völlig in etwa 1% der Fälle. Nach H s Erfahrung kann Salvarsan keinerlei Schaden zufügen und ohne Gefahr ambulatorisch angewendet werden; in keinem seiner Fälle war die Salvarsandarreichung von irgend welchen Augen- oder Ohrenkomplikationen gefolgt, mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo aber wahrscheinlich die Syphilis und nicht das Salvarsan der ursächliche Faktor war, zumal auch die Wassermannsche Reaktion ausgesprochen positiv blieb und nochmalige Salvarsandarreichung keine Verschlimmerung brachte. Die Wassermannsche Komplementfixation ist für H. Orakel und Mentor bei der Syphilisdiagnose und -therapie; Syphilisdiagnose und -behandlung ohne Wassermannsche Reaktion sei unwissenschaftlich und völlig unbefriedigend. Stern-München.

Syphilitische Reinfektion bei einem mit Salvarsan behandelten Kranken. Abortive Behandlung der Syphilis, von J. S. Covisa und J. Nonell. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 14.) 19jähriger Kranker, der am 25. Oktober 1910 folgenden Status zeigte: Schanker am inneren Präputialblatt seit $1^1/_2$ Monaten von Zweimarkstückgröße und mit starker Induration. Allgemeine Drüsenschwellung, Inguinaldrüsenschwellung, Lymphangitis dorsalis. Wassermann positiv. Der Schanker wird mit heißer Luft zerstört. Am 31. Oktober erfolgt eine Injektion von 0,5 g Salvarsan intramuskulär nach der Methode von Alt, zugleich lokale Injektionen in die Umgebung des Schankers. Es erfolgte eine Temperatursteigerung bis 38,6, ein makulöses Exanthem auf Rumpf und Glieder und starkes Ödem und Infiltration der Penishaut in der Gegend der Injektionen. Am 6. November war alles wieder verschwunden, der Schanker sozusagen geheilt. Am 14. November erfolgte ein auf die Oberschenkel lokalisierter Schub von Purpura haemorrhagica. 2. Dezember: Wassermann positiv. 18. Dezember: Die rechten Inguinaldrüsen und Achseldrüsen bleiben geschwollen. 19. Dezember: Injektion von 0,4 g Salvarsan. Am 8. Januar 1911 waren die Inguinaldrüsen beinahe verschwunden.

Bis zum 24. November 1911 sah man den Patienten nicht mehr. Er gab an, seit Anfang Oktober an einer Ulzeration der inneren Präputealblätter zu leiden, die einen Monat nach einem Beischlaf aufgetreten war. Es handelte sich um einen typischen Schanker mit Inguinaldrüsenschwellung, diskreter Roseola, nächtlichen Kopfschmerzen und positivem Wassermann. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion nach Salvarsanbehandlung. Schwarzer Schanker, von Mrongowius. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 26.) In dem beschriebenen Fall von schwarzem Schanker, d. h. einem Schanker, welcher mit einem schwarzen nekrotischen Belag bedeckt war, trat derselbe bei einem Mann auf, welcher 8 Jahre früher eine luetische Infektion erlitten hatte, die viele Rezidive und viele Kuren nach sich zog. Im September 1910 war bei dem Mann noch ein papulöses Exanthem aufgetreten, worauf sich der Kranke eine Salvarsaninjektion machen ließ. Im März 1911 fand eine Wiederholung der Salvarsanbehandlung statt, obgleich damals keine syphilitischen Er-

Digitized by Google

scheinungen bestanden. Im Oktober desselben Jahres trat der schwarze Schanker bei negativem WASSERMANN auf, und erst als nach 6 Wochen sich ein papulöser Ausschlag einstellte, wurde die WASSERMANNsche Reaktion stark positiv, so daß Verfasser eine Reinfektion annimmt. Arth. Jordan-Moskau.

Reinfektion nach Salvarsanbehandlung der Syphilis, von L. JULLIEN. (Bull. méd., 1912, S. 715.) 29jähriger Mann hatte im Dezember 1911 einen Primäraffekt auf der Vorhaut und erhielt deshalb innerhalb von 3 Wochen viermal 0,4 g Salvarsan intravenös. WASSERMANN negativ. Ende Mai wies er eine Ulzeration auf der Eichel auf, in der DUCREYSche Bazillen, sowie im Ultramikroskop Spirochäten gefunden wurden. Deshalb drei Kalomelspritzen. Ende Juni entstand am ganzen Körper eine konfluierende Roseola. Verfasser betrachtet die erste Syphilis als durch Salvarsan geheilt, worauf im Mai eine Neuinfektion stattfand. Richard Frühwald-Leipzig.

Wiederauftreten syphilitischer Erscheinungen nach kombinierter Salvarsan- und Quecksilberbehandlung, von LOUIS NEUWELT-New York. (New York med. Journ., 20. April 1912.) Patient, 23jähriger Kaufmann, bekam nach zweimaliger intramuskulärer Salvarsan- (je 0,6 g) und darauffolgenden Salizyl-Quecksilberinfektionen erneute Plaques im Munde mit positiver WASSERMANNscher Reaktion; erst nochmalige intravenöse Salvarsan- (0,6) Injektion brachte die Erscheinungen rasch zur Heilung; es wurden dann noch innerlich Pillen von Hg-Tannat gegeben und später Jodnatriumlösung; WASSERMANN war und blieb nach der letzten Salvarsaninjektion negativ. Stern-München.

Todesfall nach Salvarsananwendung, von HENRY MOORE. (Dublin Journ., Mai 1912.) Ein 25jähriger Mann wurde wegen beginnender progressiver Paralyse mit 0.5 Salvarsan intravenös behandelt. Schwere Reaktionserscheinungen, die sich bald behoben. Nach etwa 25 Tagen wurde eine allgemeine bedeutende Besserung konstatiert. 7 Wochen nach der ersten Injektion nochmals 0,5 Salvarsan intravenös. Nachmittags darauf Zyanose, Herzschwäche, Erbrechen, Durchfälle, Erlöschen der Reflexe. Am nächsten Tage Besserung, doch traten die schweren Erscheinungen bald wieder auf, und der Kranke starb unter Lähmungserscheinungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Absorption des Salvarsans vom Rektum des Kindes aus, von WEILL, MOREL und G. MOURIQUAND. (Lyon méd., 7. Juli 1912.) Wegen der Schwierigkeiten, die die intravenöse Infusion beim Kinde macht, haben die Verfasser syphilitische Kinder mit Salvarsanklysmen behandelt. Die Lösung wurde ebenso wie für die intravenöse Injektion bereitet. Die Dosis betrug steigend 0,1, 0,2, 0,4. Verfasser fanden, daß Salvarsan von der Rektalschleimhaut in hinreichender Menge absorbiert wird, so daß es bedeutende Besserung syphilitischer Erscheinungen bewirkt. Beim Kinde soll also diese Methode, abgesehen von dringlichen Fällen, die Methode der Wahl sein.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die lokale Anwendung von Salvarsan bei chronischer oberflächlicher Glossitis, von A. ALLPORT-London. (Brit. med. Journ, 17. August 1912.) Obwohl bei diesem, einen 50jährigen Mann betreffenden Falle Syphilis mit ziemlicher Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnte, entschloß sich Verfasser, da jede sonstige Behandlung versagt hatte und das Leiden mit Remissionen schon 10 Jahre lang bestand, Salvarsan anzuwenden. Es wurde 0,1 in 2 ccm Wasser aufgelöst und mit 15 ccm Glyzerin vermischt. Hiermit wurde die Zunge einen Tag lang stündlich gepinselt. Nach zweitägiger Pause war alsdann eine erhebliche Besserung erkennbar, und im Verlauf von etwa 5 Wochen war, abgesehen von einer zirkumskripten Induration an einer Stelle die Zunge völlig gesund. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis, Diabetes und Salvarsan, von J. RHODES LONGLEY-Fond du Lac, Wis.

Digitized by Google

(Journ. amer. med. assoc., 20. April 1912.) 0,6 Salvarsan als intramuskuläre Injektion wurde von einem Diabetiker gut vertragen. Keine Zunahme der Zuckerausscheidung.
Fendt-Wiesbaden.

Retentionsikterus in der Sekundärperiode der Syphilis, mit Erfolg mit Salvarsan behandelt, von LEGENDRE. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 23.) Eine Frau bekommt 18 Monate nach der Initialsklerose einen Retentionsikterus aus unbekannter Ursache, der mehr als einen Monat lang bestand. Eine Salvarsaninjektion brachte ihn in zwei Tagen vollständig zum Schwinden. A. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von Lebersyphilis mit hochgradiger Verengerung der Vena cava inferior nebst Bemerkungen über den histologischen Nachweis des Salvarsans, von THEODOR KATZ. (Inaug.-Dissert., Bonn 1912.) In dem vom Verfasser beschriebenen Fall ließ sich neben einer schweren syphilitischen Lebererkrankung (interstitielle, zum Teil gummöse Hepatitis) eine hochgradige Verengerung der Vena cava inferior, bedingt durch schwielige Prozesse in der Umgebung, nachweisen. Erkrankungen der Vena cava inferior durch Syphilis sind sehr selten und in gleicher Form anscheinend bisher noch nicht beschrieben worden. Mittels der von TRYB angegebenen Reaktion ließen sich in einzelnen Leberzellen dieses Falles wie auch bei mit Salvarsan injizierten Kaninchen blaue Körnchen nachweisen, die wohl Salvarsan darstellen. Fritz Loeb-München.

Salvarsan, Leber und Niere, von MOREL MOURIQUAND und POLICARD. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1340.) Frühere Untersuchungen hatten gezeigt, daß das Quecksilber hauptsächlich die Nieren, weniger die Leber schädigt. Die Verfasser gingen nun daran, das Verhalten dieser Organe gegen die aromatischen Arsenverbindungen, besonders Salvarsan, bei Ratten zu studieren. Histologisch fanden sie in den Nieren keinerlei Läsionen, in der Leber dagegen deutliche vakuoläre Degeneration der Zellen. Chemisch konnte auch viel mehr Arsen in der Leber als in den Nieren nachgewiesen werden. Das Salvarsan ist also hauptsächlich hepatotrop. Richard Frühwald-Leipzig.

Bericht über zwölf Fälle von Nervenerkrankungen, behandelt mit Salvarsan, von C. R. Mc KINNISS. (Med. Record, 20. Juli 1912.) Verfasser hat bei der intravenösen Zufuhr von Salvarsan nie Schwierigkeiten gehabt und hält dieselbe für einfach und gefahrlos; er hat dabei Untersuchungen über den Blutdruck vorgenommen und festgestellt, daß auch große Mengen Flüssigkeit bis zu 200 ccm nur ganz geringe Änderungen im Blutdruck hervorzurufen imstande sind. Was seine Resultate anlangt, so hat er in einzelnen Fällen von Psychose und Parese Besserungen gesehen, wo an sich schon Verdacht auf eine syphilitische Ätiologie vorlag; er hat aber nicht den Eindruck gewonnen, als wenn die Wirkung des Salvarsans bedeutender gewesen wäre als seinen sonstigen Erfahrungen mit Quecksilber entspricht. W. Lehmann-Stettin.

Zur Kenntnis der Hirnnervenstörungen im Frühstadium der Syphilis, speziell nach Salvarsan. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Verwendbarkeit der Liquordiagnostik, von ALEX. ZALOZIECKI und RICH. FRÜHWALD-Leipzig. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 29—30.) Die Verfasser haben in einer größeren Reihe von Fällen Lumbalpunktionen vorgenommen, um über die Liquorbeschaffenheit bei Syphilitischen mit und ohne Erscheinungen von seiten des Nervensystems, mit und ohne Salvarsanbehandlung Klarheit zu bekommen; sie haben dabei sowohl auf Druckveränderungen untersucht, wie auch auf Vermehrung von Leukozyten und Eiweiß in der Flüssigkeit; und schließlich ist regelmäßig die WASSERMANNsche Reaktion vorgenommen worden. Dabei hat sich herausgestellt, daß nicht nur in den mit starken Allgemeinerscheinungen einhergehenden „Salvarsan-Neurorezidiven", sondern auch bei Fällen, die klinisch nur als isolierte Hirnnervenstörungen imponierten, Veränderungen nachweisbar waren, die als meningitische Symptome gedeutet werden konnten. Abgesehen davon, daß

Digitized by Google

Veränderungen der Lumbalflüssigkeit überhaupt häufiger zu sein scheinen, als klinische Symptome nachweisbar sind, so daß man mit Recht von einer „latenten luetischen Meningitis" sprechen kann, erscheint es ganz zweifellos, daß die Lues des Zentralnervensystems unter der bisher geübten Salvarsantherapie überhaupt häufiger geworden ist. Eine eigentliche Erklärung dafür ist vorläufig noch nicht zu geben, da die verschiedenen Erklärungsversuche (Ehrlich, Benario, Finger) noch nicht ganz den Kern der Sache zu treffen scheinen. W. Lehmann-Stettin.

Nervöse Spätreaktionen Syphilitischer nach Salvarsan, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) In der Presse médicale hatte vor kurzem Ravaut sich gegen die Verwendung von Salvarsan im Sekundärstadium der Syphilis ausgesprochen, weil in dieser Phase das Zentralnervensystem weit häufiger, als allgemein angenommen wird, schon affiziert ist, selbst wenn klinische Symptome fehlen, und die Salvarsandarreichung alsdann lebensgefährlich oder zum mindesten schädlich wirke. Er stützt seine Ansicht auf die Ergebnisse der von ihm in großem Umfange ausgeführten Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit nach Lumbalpunktion. Hierbei fand er, daß bei Salvarsanbehandlung (33 Untersuchungen) prozentualiter weit häufiger als bei Hg-Behandlung (116 Fälle) im Laufe der Behandlungszeit Lymphozytose auftritt. D. bemängelt scharf diese Vergleiche und überhaupt die von R. geführte Beweisführung. Freilich sei die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit von der eminentesten Bedeutung. So hat Verfasser selbst bei 22 Sekundärsyphilitischen ohne objektiven Befund am Nervensystem vor Beginn jeglicher Behandlung untersucht und in keinem einzigen Falle einen völlig normalen Liquor gefunden. Andererseits hat er bei etwa 70 zum Teil intensiv behandelten Kranken mit klinisch manifester Zerebrospinalsyphilis eine sehr günstige Wirkung der Salvarsanbehandlung auf die Lumbalflüssigkeit beobachtet. Neben der genauen, durch Lumbalpunktion in womöglich jedem einzelnen Falle gesicherten Diagnose ist aber ein Haupterfordernis der Salvarsanbehandlung die Verabreichung von nicht zu kleinen Dosen; ein geringeres Gesamtquantum als 3,0 ist im allgemeinen als entschieden ungenügend zu erklären. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die syphilitischen Rezidive am Auge nach Salvarsanbehandlung, von Oskar Fehr-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Nr. 23.) Der Kampf um die Neurorezidive bei Salvarsanbehandlung — hie Ehrlich, Benario usw., hie Finger, Rille, Buschke usw. — tobt noch immer weiter, obwohl sich die Gründe, die die einzelnen Parteien für ihre Auffassung ins Treffen führen können, wenig geändert haben und höchstens die ausgedehntere Beobachtungszeit und größere Statistik die Entscheidung nach der einen oder anderen Seite zu führen geeignet sind. Es scheint die Auffassung, daß es sich bei den sog. Neurorezidiven um Folgen der Salvarsanbehandlung handle — sei es als rein toxische Erkrankungen, sei es durch die Schaffung eines Locus minoris resistentiae in den Nerven durch das Salvarsan sehr ins Hintertreffen zu geraten, zugunsten der Ansicht, daß es sich um rein luetische Manifestationen handle. Selbst die Anhänger der letzteren Ansicht geben zwar zumeist zu, daß die Zahl der Nervenerkrankungen bei der Syphilis in der Salvarsanära sehr zugenommen habe, schieben das aber darauf, daß 1. jetzt in dieser Hinsicht wesentlich genauer beobachtet und registriert werde, und 2. die Anfangsbehandlung in den meisten Fällen ungenügend gewesen sei, so daß jetzt, wo man mit wiederholten Salvarsaninjektionen und größeren Gesamtdosen vorgehe, die Zahl der Nervenerkrankungen tatsächlich nicht größer sei als bei der Hg-Behandlung.

Fehr ist unbedingter Anhänger der Anschauung von der luetischen Natur der Neurorezidive und bringt aus seiner ophthalmologischen Abteilung eine Reihe von Fällen zur Bekräftigung vor. Seine Ausführungen gipfeln darin, daß bei dem ihm zu Gebote stehenden großen Material eine Vermehrung von Augenerkrankungen seit Einführung

Digitized by Google

der Salvarsanbehandlung gegenüber der Zeit vorher nicht zu konstatieren sei, daß vor allen Dingen fast ausnahmslos die sog. Salvarsanneurorezidive bei energisch fortgesetzter Salvarsanbehandlung (ev. kombiniert mit Hg) geheilt seien, und daß endlich die Zahl der Erkrankungen seit Einführung mehrmalger Injektionen enorm zurückgegangen sei. Die Krankheitsbilder, die er von Iritis, Chiorioretinitis, Neuritis optica und Augenmuskellähmungen als sog. Salvarsanneurorezidiven gesehen habe, glichen in jeder Hinsicht den typisch luetischen Kranheitsbildern. Er betont, daß in 2,2%, nämlich in 41 Fällen, eine frische, ausgesprochene Neuritis optica resp. Stauungspapille und in 17 weiteren Fällen Hyperämie, Trübung und unscharfe Begrenzung des Nr. 2 bestanden habe, die nur, durch die jetzt prinzipiell stets vorgenommene Augenspiegeluntersuchung zur Kenntnis gelangt seien; er hebt hervor, daß ein sicherer Fall von Augenmuskellähmung als Folge von As-Vergiftung bisher überhaupt noch nicht beobachtet worden sei, und daß ferner in vielen Fällen das Auftreten der Nervenerkrankung in einem so großen Intervall nach der letzten Salvarsaninjektion erfolgt sei, daß ein Zusammenhang schwer denkbar ist.

Eine Einschränkung macht Fehr nur für Augenmuskellähmungen bei Tabes, bei der man ja überhaupt mit Salvarsananwendung vorsichtiger sein muß.

Otto Lasch-Breslau.

Über die Behandlung der verschiedenen Formen der Augensyphilis mit Salvarsan, von G. E. de Schweinitz. (Ther. Gaz., 15. Mai 1912.) Nach den Erfahrungen des Verfassers hat das Salvarsan auf den optischen Nervenapparat keinerlei unangenehme Wirkung, solange derselbe gesund ist; liegt eine optische Neuritis vor, die syphilitischer Natur ist, so ist Salvarsan, wenn auch mit Vorsicht zu verwenden; dagegen empfiehlt sich Salvarsan nicht bei einfacher Atrophie des N. opticus.

Sehr gut sind die Erfolge mit Salvarsan bei kongenitaler Syphilis, besonders in den Fällen parenchymatöser Keratitis, obwohl auch hier eine bessere und dauerhaftere Wirkung durch die Kombination mit Hg und Jodkalium erreicht wird. Bei syphilitischer Iritis hat Salvarsan bessere Erfolge aufzuweisen als alle anderen Mittel, während bei syphilitischer Augenmuskellähmung die Wirkung des Salvarsans vollkommen enttäuscht. Verfasser berichtet einige illustrative Fälle. W. Lehmann-Stettin.

Gefahren des Salvarsans für Auge und Ohr, von S. L. Olsho-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Juni 1912.) Der Artikel referiert nur andere Arbeiten über diesen Punkt, gibt sehr ausführlich die Ausführungen von Ehrlich wieder, enthält aber keine eigenen Erfahrungen. W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan und Taubheit, von Maljutin. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 20.) M. beschreibt drei Fälle, wo bei Syphilitikern zwei Monate nach der Salvarsaninjektion Taubheit auftrat. In zwei Fällen handelte es sich um frische Lues, im dritten um eine veraltete. Ob diese Neurorezidive auf Lues oder Salvarsan zurückzuführen sein dürften, läßt Verfasser unentschieden. Arth. Jordan-Moskau.

Ein mit Salvarsan behandelter Fall von Taubheit auf kongenital syphilitischer Basis, von G. N. Biggs-London. (Brit. med. Journ., 17. Aug. 1912.) Eine mit hereditärer Syphilis nachweislich behaftete 22jährige Frau erkrankte plötzlich an einer binnen 48 Stunden komplett werdenden Taubheit beider Ohren. Nach einer intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan besserte sich der Zustand in deutlichem Grade; nach zwei weiteren Einspritzungen war zeitweilige Besserung, dann wieder eine Verschlimmerung des Zustandes zu konstatieren; auch blieb die Wassermannsche Reaktion positiv, weswegen zur Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium übergegangen wurde.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zum Kapitel: Ramus cochlearis des achten Hirnnerven und Salvarsan, von Oswald Lewinstein-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Nr. 29.) Lewinstein publiziert

Digitized by Google

einen Fall von Polyneuritis nach Salvarsaninjektion, der wegen seiner Ausdehnung auf viele Gehirnnerven interessant ist. Es handelt sich um eine 26jährige Frau, die ein Jahr nach der Infektion, während dessen sie mit einer Hg-Innunktionskur und dann homöopathisch behandelt worden war, wegen eines Haut- resp. Schleimhautrezidives bei schwach + Wassermannscher Reaktion im Verlaufe von acht Tagen drei Injektionen à 0,4 g Salvarsan subkutan erhielt und $^1/_4$ Jahr nach dieser Kur unter rasenden Kopfschmerzen mit Beteiligung folgender Hirnnerven erkrankte: 1. N. II (unscharfes Sehen), 2. N. III (Doppeltsehen); 3. N. V, sensibler Teil, 4. N. VII (Gesichtsmuskellähmung); 5. N. VIII, und zwar R. vestibularis (Gleichgewichtsstörungen usw.) und R. cochlearis (Schwerhörigkeit, besonders für hohe Töne), 6. N. IX und 7. N. XII. Die Schädigungen aller dieser Nerven bildeten sich relativ schnell zurück, mit Ausnahme der Schwerhörigkeit, die auch nach allerdings spät wiederholter Salvarsaninjektion bestehen blieb und ein Beweis zu sein scheint, daß der Kochlearisast des achten Hirnnerven besonders empfindlich gegen den Insult einer Salvarsaninjektion ist, gleichviel ob man eine mittelbare oder unmittelbare Ursache für die Polyneuritis in dem Mittel sieht; d. h. ob man die Polyneuritis als eine toxische auffaßt oder — wofür Lewinstein mehr neigt — sich dieselbe zustande gekommen denkt durch eine Meningitis, die hervorgerufen ist durch infolge unvollständiger Sterilisation übrig gebliebener Spirochäten, und bei der sich die Entzündung auf die Nervenscheiden unter Mitbeteiligung der Fasern der betroffenen Nerven fortgesetzt hat. O. Lasch-Breslau.

Eine Übersicht über die bei der Salvarsananwendung gebräuchlichen Methoden — subkutane, intramuskuläre, perkutane und intravenöse, die sauren, alkalischen und neutralen Lösungen, Suspensionen, Emulsionen — deren Vor- und Nachteile, von Sylvan H. Likes und Herbert Schoenrich-Baltimore. (New York med. Journ., 20. April 1912.) Beschreibung der einzelnen Methoden, sowie der Herstellungsart der verschiedenen Lösungen; von ersteren dürften wohl jetzt nur mehr die intramuskuläre und vor allem die intravenöse in Betracht kommen. Verfasser wenden, wie die Mehrzahl der Kliniken, nur mehr letztere an und geben eine genaue Beschreibung des von ihnen zu diesem Behufe zusammengestellten Instrumentariums: Metallspritze mit Zweiweghahn, zwei Gummirohre von etwa 30 cm Länge, Glasstab, Pipette, ein graduiertes (250 ccm) Glasgefäß und zwei Medizingläser. Von den beiden mit dem Zweiweghahn verbundenen Gummiröhren wird die eine mit der (scharfen) Injektionsnadel verbunden, die andere in die Salvarsanlösung getaucht. Nur ganz ausnahmsweise dürfte es nach L. und Sch.s Erfahrung notwendig sein, über der zur Injektion bestimmten Vene eine Hautinzision zu machen, um dieselbe freizulegen; im allgemeinen für die mittels der Spritze auszuführende Veneninfusion eine leichte, nur ganz geringes Geschick erfordernde Operation. Literaturangaben (47 Nummern). Stern-München.

Zur Frage des Einflusses der intravenösen Eingießungen von Salvarsan auf den Verlauf der Syphilis, von Iwano und Welikanow. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 27—31.) In einer ausführlichen Arbeit über den Einfuß des Salvarsans auf die Syphilis kommen J. und W. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Behandlung der primären und sekundären Syphilis mit intravenösen Injektionen von Salvarsan nach dem Schreiberschen System schützt in der Mehrzahl der Fälle nicht vor Rezidiven und hat in bezug auf die Resultate der Behandlung keinen Vorzug vor derjenigen mit Hg.

2. Prinzipiell läßt sich in einzelnen Fällen die Möglichkeit einer Abortierung der Syphilis durch eine oder zwei Salvarsaninjektionen nicht leugnen, wenn man annehmen darf, daß zwei derartige Beobachtungen, welche in $1^1/_2$ Jahren rezidivfrei blieben und eine negative Wassermannsche Reaktion aufwiesen, sich auch weiter rezidivfrei erhalten.

Digitized by Google

3. Eine vor der Salvarsanbehandlung vorgenommene Hg-Behandlung bewahrt den Kranken ebensowenig vor Rezidiven, wie eine nach mißglückter Salvarsanbehandlung eingeleitete Hg-Kur.

4. Es verdient die Tatsache der entschiedenen Zunahme von Erkrankungen des Nervensystems in der kondylomatösen Periode nach Salvarsanbehandlung Berücksichtigung.

5. Die in einigen Fällen toxische Wirkung des Salvarsans auf das Nervensystem bei therapeutischer Anwendung desselben unterliegt keinem Zweifel.

6. Die Wassermannsche Reaktion kann nicht als Maßstab der Intensität der Wirkung des Salvarsans und als Index für eine Wiederholung der Injektion gelten, da sie keine prognostische Bedeutung hat.

7. Das Salvarsan wirkt größtenteils sehr gut auf die Erscheinungen tertiärer Syphilis, besonders in solchen Fällen, welche sich einer anderen Behandlung gegenüber refraktär erwiesen.

8. Die Anwendung des Salvarsans müßte entschieden bedeutend eingeschränkt werden und eine forcierte Behandlung mit Hg und Salvarsan nur auf die Kliniken und Krankenhäuser und speziell auf ein begrenztes Krankenmaterial beschränkt bleiben, welches sich nicht der weiteren Beobachtung entzieht und sich der Gefahr, der es bei dieser Behandlung ausgesetzt wird, bewußt ist. Arth. Jordan-Moskau.

Die Auflösung des Salvarsans für intravenöse Injektionen, von Gurari. (Praktitscheski Wratsch, 1912, Nr. 29 und 31.) Zur Vermeidung von Temperatursteigerungen nach Salvarsaninjektionen hat sich außer selbstverständlicher Benutzung von frisch hergestelltem destilliertem Wasser im Lautenschlägerschen Apparat der Zusatz von 7‰ Chlornatrium bewährt. Arth. Jordan-Moskau.

Über Neosalvarsan, von C. Gutmann-Wiesbaden. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Bericht über die Erfahrungen mit Neosalvarsan in 300 Fällen. Hervorgehoben wird die leichte Löslichkeit des Präparates, der Vorteil des Fortfalles von Kochsalz und Natronlauge bei der Zubereitung. Als Nachteil ist die leichte Oxydation des Präparates zu betrachten. Fieberhafte Reaktionen wurden häufig beobachtet, besonders nach mehrfachen Infusionen, ungewöhnlich oft aber Auftreten von zum Teil schweren Arzneiexanthemen. Als Grund dafür wird weniger eine größere Toxizität des neuen Präparates, als zu große Einzeldosen oder zu schnelles Aufeinanderfolgen der Infusionen angesehen, es wurde bei der dritten Injektion bis 1,5 Neosalvarsan gegeben (Gesamtmenge bis 2,85 g). Die Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen war entsprechend der des Salvarsans. H. Lautsch-Graudenz.

Über Neosalvaran, von J. Iversrn-St-Petersburg (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Die unter dem Namen Neosalvarsan schon bekannte Verbindung des Salvarsans mit Formaldehydsulfoxylatnatrium hat I. an ca. 40 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien erprobt und rühmt an dem Präparate namentlich die leichte Löslichkeit in destilliertem Wasser und die neutrale Reaktion als sehr willkommene Vorzüge. In der Regel gab er bei Männern 0,75—1,2, bei Frauen 0,6—0,75 intravenös und wiederholte die Behandlung in Zwischenräumen von 1—3 Tagen bis zum Verbrauch von 4 solchen Portionen. Wenn auch die bisherige Beobachtungszeit noch völlig unzureichend ist, um über die definitive Wirkung ein Urteil zu fällen, so berechtigen doch die erzielten Resultate zu der Annahme, daß das Neosalvarsan weit geringere Gefahren in sich birgt und (bei entsprechender Dosierung) eine energischere Heilkraft entfaltet als das ursprüngliche Ehrlichsche Präparat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Neosalvarsan, von Lévy-Bing und L. Duroeux-Paris. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 66.) Die Verfasser haben ungefähr 100 Neosalvarsaninjektionen von 0,45; 0,60; 0,75 und 0,95 g gemacht. Sie fingen immer mit höchstens 0,60 an, um mit mindestens

Digitized by Google

6 Tagen Zwischenraum zu höheren Dosen überzugehen. Im allgemeinen wurde während und sofort nach der Injektion keine Reaktion bemerkt. Weder Rötung des Gesichts oder der Konjunktiven, noch Gefühl des Übelseins, noch Trockenheit des Mundes oder epigastrische Schmerzen konnten notiert werden, während beim Salvarsan diese Symptome sehr oft auftraten. Höchstens waren während der Injektion im Arm Sensationen des Eingeschlafenseins oder Ameisenkriechen bemerkt worden. Die späteren Nachwirkungen unterscheiden sich kaum vom alten Salvarsan: Kopfschmerzen, Übelsein, Erbrechen, Diarrhöe traten ebenfalls, aber in geringerer Intensität, auf und waren von kürzerer Dauer. Das Allgemeinbefinden war immer weniger ergriffen. Natürlich wurde wie beim Altsalvarsan stets frisch destilliertes und sterilisiertes Wasser benutzt. Trotzdem stieg die Temperatur meistens auf 38° und in 2 Fällen sogar auf 40°. Die stärksten Reaktionen waren merkwürdigerweise bei Kranken aufgetreten, die nur geringe Dosen erhalten hatten (0,45 Neosalvarsan), während andere mit 0,6 und 0,9 Injizierte viel schwächere Erscheinungen boten. Zweimal traten heftige Reaktionen auf, die länger dauerten und in einem Fall von generalisiertem Erythem und Albuminurie, im anderen von nur leichter Albuminurie begleitet waren. Die therapeutischen Eigenschaften stimmen mit denen des Altsalvarsans überein, höchstens daß letzteres etwas schneller wirkt. Der Schanker heilt in 4 bis 5 Tagen, die Induration bleibt länger bestehen, aber die Drüsenschwellung modifiziert sich viel auffälliger als mit Altsalvarsan. In der Sekundärperiode ist zwar die Wirkung des Neosalvarsans auf die Roseola nicht sehr rapide, desto besser aber auf die Läsionen des Mundes und Gaumens.

A. Gunsett-Straßburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Syphilis und Blennorrhöe in den Abbildungen zu Pantagruels Gesängen, von Charles Greene Cumston-Boston. (New York med. Journ., 21. Sept. 1912.) Ohne sich auf die Frage einlassen zu wollen, ob Rabelais, der große Philosoph und Arzt, der Verfasser des gesamten Pantagruels ist, glaubt C. aus einigen stichhaltigen Gründen den sicheren Schluß ziehen zu können, daß einige der Zeichnungen von demselben stammen. Aus den 120 ohne erklärenden Text versehenen Figuren wählte er fünf bezüglich obigen Themas besonders charakteristische aus: eine Zeichnung stellt einen auf dem Marsch befindlichen Soldaten dar, der eine Sonde in seine Harnröhre einführt, die zweite einen Syphilitiker, der sein rechtes Bein offenbar wegen heftiger Knochenschmerzen hält und am Kinn eine Art Tasche trägt, welche damals allgemein zur Aufnahme des stark fließenden Speichels üblich (bei dem infolge Quecksilbergebrauchs hochgradigen Speichelfluß) war. Die dritte Zeichnung stellt einen Syphilitiker dar, der gleichzeitig mit einer Striktur behaftet war (eine Sonde einführend). Die weiteren zwei Zeichnungen stellen Geistliche vor, die von heftigen Schmerzen wegen Blennorrhöe geplagt erscheinen. Unzweifelhaft habe Rabelais eine große Erfahrung in Syphilis und Blennorrhöe gehabt, zumal er zwei großen Spitälern (von Lyon und von Metz) vorgestanden habe.

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. Dezember 1912 | Nr. 51b (Ergänzungsheft) | Band 55

Aus der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten an der Universität zu Moskau.
(Direktor: Prof. J. F. Selenew.)

Ein Fall von Jododerma tuberosum fungoides[1]).

Von

Dr. W. A. Pospelow jun.

(Mit 1 Abbildung.)

Unter den verschiedenen Exanthemen, welche die Jodpräparate bei prädisponierten Individuen zu verursachen pflegen, gehört das Jododerma tuberosum fungoides zu den seltensten.

In letzter Zeit sind allerdings öfters solche Fälle beschrieben worden, und man darf wohl annehmen, daß derlei früher als Lupus, Lues u. a. betrachtet worden ist. Deshalb dürfte es nicht überflüssig sein, jeden neuen Fall zu veröffentlichen, um so mehr als die Meinungen über dessen Entstehung nicht übereinstimmen.

Den nachfolgenden Fall hatte ich in der Moskauer Universitätsklinik (Prof. Selenew) Gelegenheit zu beobachten.

Anamnese. — P. Aischa D—wa, 53 J. alt, Kaufmannsfrau, aus K. (Rijasaner Gouvernement), aufgenommen am 11. März. Im ersten Kindesalter Masern, Beginn der Menstruation im 15. Jahre, normal. Heirat im 17. Jahre, neunmal gravid, keine Fehlgeburt; 4 Kinder leben, 5 in der ersten Kinderzeit gestorben. Vor 20 Jahren Rheumatismus (Schwellung der Hand- und Fußgelenke), Behandlung im Badeorte Staraja Russa, Heilung. Vor 3 Jahren Blinddarmentzündung. P. leidet an häufigen Konstipationen. Das Klimakterium ist vor 4 Jahren eingetreten. Der Vater starb im 80., die Mutter im 70. Jahre. Die Familie bestand aus 6 Kindern und war P. das vierte Kind. Hautkrankheiten in der Familie nicht vorhanden.

Was die Anamnese der Krankheit selbst anbetrifft, gibt P. an, daß ein Landfeldscher ihr im Dezember 1911 NaJ gegen Magenschmerzen verordnet hatte. Ende Januar 1912 bemerkte sie zum ersten Male an der Nasenhaut anfangs eine einzige und bald darauf mehrere, mit rotem Hofe umgebene „Finnen". Der Ausschlag war von Brennen, schmerzhafter Empfindlichkeit des Gesichtes und Fieber begleitet; einzelne Knötchen vereiterten und platzten, das Gesicht schwoll auf. Eine Woche später zeigte sich ein Ausschlag an der Dorsalfläche des rechten Zeigefingers. Gleich im Beginn des Exanthems wurde der Jodgebrauch aufgegeben.

Anfang Februar wurde ein Arzt konsultiert, welcher gleichfalls NaJ verordnete;

[1]) Demonstriert in der Moskauer dermatolog. und venerolog. Gesellschaft am 15. April 1912.

Digitized by Google

da keine Besserung erfolgte, wurde ein Kollege zugezogen; beide beschlossen am 15. Februar, NaJ nochmals zu versuchen, da auch dieses Mal keine Änderung eintrat, wurde der Kranken geraten, einen Moskauer Spezialarzt für Hautkrankheiten aufzusuchen.

Im ganzen wurden 3 Flaschen NaJ eingenommen. Der erste Arzt scheint anfangs an Anthrax gedacht zu haben; dann schwankte die Diagnose zwischen Lupus und Lues.

Aus den vielen Rezepten ergibt sich, daß auch viele äußerliche Mittel versucht wurden wie: Xeroform-, weiße Präzipitat-, Bismut-, Jodoform- und Quecksilbersalbe, Quecksilberpflaster und Lapislösung, überdies innerlich Pyramidon mit Koffein.

Trotzdem schritt das Exanthem weiter.

Status praesens. Haut. Ausgesprochener Dermographismus. Die Haut wird leicht rot und juckt. Seit 3 Jahren Kopfkongestionen und Gefühl von Brennen an der Gesichtshaut.

Lokalisation des Ausschlages. Das Gesicht ist in Schmetterlingsform affiziert: die Nase und beide Wangen symmetrisch von den inneren Augenwinkeln beiderseits über die ganze Oberkiefergegend hin bis an die Ohrgegend, dann an den äußeren Augenwinkeln, unter den Augenbrauen, an der inneren Hälfte der rechten Augenbraue, auch an der Übergangsstelle zwischen Stirn- und Schläfengegend, in der Grenze der behaarten Kopfhaut; ferner sieht man einzelne Scheibchen und Follikel auf der behaarten Kopfhaut, auch innen in der linken Ohrmuschel. Außerdem ist die Dorsalfläche des rechten Zeigefingers betroffen.

Hautveränderung. Als ich zum ersten Male die Kranke sah, stellte ihr Gesicht eine Maske vor; es war geschwollen und die Effloreszenzen traten auf einem kupferroten Grunde hervor. Es war unmöglich, sich eine exakte Konfiguration der Nase vorzustellen; dieselbe hatte das Aussehen einer formlosen, fungoiden Beule, welche aus vielen einzelnen Läppchen bestand; diese Läppchen waren mit einer dunkeln Kruste bedeckt, unter welcher Eiter und Blutstropfen hervortraten. Die Wucherungen an den Wangen hatten eine unregelmäßige Form und nahmen im Vereine mit der Nasenaffektion eine für Lupus typische Schmetterlingsform an.

An der Peripherie zeigten die Wucherungen weiche, schwammige Gebilde wie ein ausgespreizter Kamm, dessen Spitzen mit schwarzen Krüstchen bedeckt sind. Der Zentralteil dieser Gebilde lag etwas tiefer als der ringsherumlaufende Kamm und war mit einer dichten, dunkeln Borke bedeckt. An der rechten Wange hatte diese Borke in der Mitte eine trichterförmige Öffnung, welche Eiter sezernierte. Auch an vielen andern Stellen kam beim Drücken Eiter hervor. Die gelbgefärbten Wucherungen über den Augen waren von gummiartiger Konsistenz und fluktuierten bei Palpation.

Links, an der Übergangsstelle zwischen Frontal- und Schläfengegend, an der Grenze der behaarten Kopfhaut war ein nur wenig über das Hautniveau vorragender, ovaler, schmutzig-grau gefärbter Auswuchs, welcher deutlich fluktuierte, weiche Konsistenz und keine Krusten hatte; dieser erinnerte an Geschwülste der Mycosis fungoides. Ähnliche, doch viel kleinere Gebilde waren an der behaarten Kopfhaut sichtbar, wo außerdem mehrere Pusteln zerstreut waren. An der Innenfläche der linken Ohrmuschel ein geringer, mit Krusten bedeckter Ausschlag.

Beim Verbandwechsel traten Blut und Eiter tropfenweise hervor.

Der rechte Zeigefinger war an seiner Dorsalfläche wie von einem Überzuge schmutzig-grauer Farbe umhüllt, unter welchem beim Drücken blutiger Eiter hervortrat. Die Kranke konnte den Finger, welcher gangränöses Aussehen hatte, nicht beugen.

Schleimhäute: normal.

Subjektive Symptome: geringer Schmerz unter dem rechten Auge.

Digitized by Google

Innere Organe: normal. Allgemeine Fettsucht. Rheumatische Schmerzen der unteren Extremitäten.

Nervensystem und Sinnesorgane: Reflexe normal; Schlaflosigkeit; Seh- und Gehörorgane normal. Allgemeinbefinden befriedigend.

Blutuntersuchung: Hämoglobingehalt 64%, Farbstoffkoeffizient 0,88.

Blutkörperchen: rote 3620000, weiße 6800. Verhältnis der weißen zu den roten 1:532.

Leukozytäre Formel: Neutrophile mehrkernige Leukozyten 76%, kleine Lymphozyten 18%, eosinophile Leukozyten 3%, große mononukleäre Leukozyten 3%.

Die mikroskopische Untersuchung im lebenden Zustande und in gefärbten Ausstrichpräparaten zeigte folgendes:

Die Erythrozyten sind ziemlich intensiv und regelmäßig gefärbt; ihre Größe zeigt eine sehr ausgesprochene Unregelmäßigkeit, ihre Resistenz ist ebenfalls herabgesetzt. Poikilozyten, Erythroblasten und polychromatophile Erythrozyten sind nicht vorhanden Unter den Leukozyten fehlen pathologische Formen.

Die Wassermannsche und die Pirquetsche Reaktion sind negativ.

Urinuntersuchung. Farbe: strohgelb; Durchsichtigkeit: vollständig; spezifisches Gewicht: 1,018; Reaktion: sauer; Indikan: sehr ausgesprochen; Serumalbumin: sehr geringe, nicht nachweisbare Spuren (unter 0,03%); Traubenzucker: fehlen jeweilige Spuren; Azeton und Azetessigsäure: fehlen; Diazoreaktion: negativ.

Das durch Zentrifugieren gewonnene Sediment enthält hauptsächlich Kristalle von oxalsaurem Kalzium. Was die organischen Bestandteile des Sedimentes anbetrifft, so bestehen dieselben aus vereinzelten Leukozyten, aus einer Quantität flacher Epithelien und normaler Schleimmenge. Nierenelemente sind nicht vorhanden. Die bakteriologische Untersuchung des Harnsedimentes hat keine Mikroorganismen nachgewiesen.

Die bakterioskopische Untersuchung der Ausstrichpräparate aus dem Eiter ergab eine große Menge von Streptokokken, eine kleine Quantität von Staphylokokken, einzelne Hefezelle und eine enorme Quantität von Mikrokokken. Die Färbung auf Tuberkelbazillen ergab negative Resultate. Der Nährboden von Sabouraud erwies nach 24 Stunden eine Reinkultur von Staphylococcus albus et aureus.

Körpergewicht 5 Pud 10½ Pf. (86 kg), Temperatur 36,7, Puls normal.

Die Schmetterlingsform des Exanthems und das Aussehen desselben ließen unwillkürlich an Lupus vulgaris denken, was auch der Arzt in der Provinz zuerst angenommen hatte; jedoch der akute Verlauf und die kurze Dauer im Vergleiche zur Ausdehnung des Ausschlages, ferner das Fehlen von Lupusknötchen und Narben, wie auch das negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung sprachen dagegen.

Gegen eine tuberkulöse Affektion sprach gleichfalls die Akuität und der kurze Bestand, das Fehlen von Tuberkelbazillen im Sekret und das typische mikroskopische Bild der Schnittpräparate, die negative Tuberkulinprobe und das Fehlen von Tuberkulose der inneren Organe. Gegen Syphilis sprach, abgesehen von der erfolglosen Jodtherapie, die Anamnese, die objektive Untersuchung, die negative Wassermannsche Reaktion, sowie das Aussehen der primären Effloreszenzen.

Bei Anthrax, vom ersten praktischen Arzt vermutet, haben die Knoten eine Neigung zur Verschmelzung, was bei Jododerma nicht

Digitized by Google

immer der Fall ist; ferner wird Anthrax durch akuten Verlauf, schweres Allgemeinbefinden, Venen- und Drüsenentzündung und durch das Vorhandensein von Milzbrandbazillen charakterisiert.

Von Mycosis fungoides unterscheidet sich unser Fall durch zirkumskripte Ausdehnung, durch das Fehlen des prämykotischen Stadiums und das Entstehen der Wucherungen aus Aknepusteln.

Auch Dermatomykosen kamen wegen des Fehlens von Sporen und Myzelien nicht in Betracht.

Demgegenüber spricht für Jododerma tuberosum fungoides das gute Allgemeinbefinden, das Fehlen von Fieber, die typische Lokalisation, die gleichzeitige Fingererkrankung, die Enstehung aus Aknepusteln und die Jodtherapie vor und während der Erkrankung, sowie die prompte Besserung bei Aufgeben des Jodgebrauches.

Die histologische Untersuchung eines der Brauengegend entnommenen Stückchens ergab papillomatöse Wucherungen, welche teils frei liegen (wobei die Epidermis in eigenartigen Inseln das Bindegewebe der Hautpapille umgibt), teils Epithelinseln bilden, die von allen Seiten vom Bindegewebe umgeben sind. Die Epidermis sieht ödematös aus, ihre Zellen sind auseinander geschoben, besonders in der Stachelschicht; man bemerkt außerdem viele Pigmentkörner. Die Papillen sind ebenfalls ödematös, die kleinzellige Infiltration ist sehr gering. Die Blutgefäße sind sehr stark erweitert, und man sieht überall das Austreten der Blutkörperchen. Das umgebende Bindegewebe ist ebenfalls ödematös und die elastischen Fasern aufgequollen.

Die spezielle Färbung der Hautschnitte ließ keine Mikroorganismen nachweisen, und es ist wohl das Vorhandensein von Mikroorganismen im Eiter unseres Falles als sekundär zu betrachten und keinesfalls als Ursache der Wucherungen, wie manche Autoren annehmen.

Krankheitsverlauf und Therapie. Zunächst wurden die kranken Stellen mit Benzin gereinigt, wobei die Borken und oberflächliche Schichten der schwammigen Wucherungen sich leicht abheben ließen und eine lebhaft rote, infiltrierte, aber vollständig intakte Haut zutage trat, und dann bis zur Klärung der Diagnose ausschließlich

Digitized by Google

Borvaseline angewendet, von da ab (23. März) Umschläge von hypermangansaurem Kali. Schon am zweiten Tage trockneten einzelne der kranken Stellen ein, besonders die mykosisartige Geschwulst, welche sehr schnell flach wurde und zu fluktuieren aufhörte. Nun ging ich zu Talkpuder über und verordnete gleichzeitig Borjommineralwasser, zwecks schnellerer Jodausscheidung. Bald darauf trat promptes Eintrocknen der Scheibchen ein, die Eiterung nahm allmählich ab, es reinigten sich die zentralen Teile vollständig und gingen in eine dunkelrote Hautfläche über[1]). Die Rötung blaßte ab und frische Pusteln traten überhaupt nicht mehr auf. Der kranke Zeigefinger befreite sich allmählich von seinem Überzuge. Einige Tage später nahm die Nase wieder ihre normale Konfiguration an, und war nur noch von vergrößerten Hautpapillen bedeckt, von denen einzelne an kleine Papillome erinnerten; ähnliche waren auch am Zeigefinger zu sehen, welch letzterer wieder gebeugt werden konnte. Das Allgemeinbefinden war sehr gut.

Am 5. April wurde, zwecks Kontrolle der Diagnose, 5%iges Jodnatrium gegeben, bei Weglassen von Puder und Mineralwasser. Schon am anderen Tage trat eine sehr starke Rötung der Gesichtshaut auf, sowie Brennen und Prickeln am Gesichte. Am Abend des zweiten Tages zeigten sich an der behaarten Kopfhaut kleine, wachsgelbe, von einem Rosasaum umgebene Pusteln, welche nach einigen Tagen eintrockneten. Dabei blieb die weitere Besserung der alten Stellen stehen, es verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden; die Kranke klagte über Magenschmerzen und Trockenheit im Mund und Rachen.

Am 14. April stellte sich Akne an der rechten Wange ein, welche schon am nächsten Tage zu vegetieren anfing.

Am 15. April wurde der Jodgebrauch unterbrochen, und man ging wieder zu Puder und Borjomwasser über. Zu dieser Zeit konnte im Urin ausgesprochene Jodreaktion festgestellt werden.

16. April. Gesichtsrötung fast vollständig verschwunden; Magen- und Kopfschmerzen. Sehr ausgesprochene Jodreaktion.

17. April. Allgemeinbefinden gut. Die großen Aknepusteln an der Wange sind fast verschwunden. Ausgesprochene Indikanreaktion im Urin.

19. April. Kein Indikan mehr.

Nach der diesmaligen Verordnung von Jodnatrium stieg die Temperatur nicht so hoch an als früher.

Bald darauf besserte sich der Zustand der Gesichtshaut so weit, daß die Kranke die Klinik verlassen konnte; es bestanden nur noch an einigen Stellen filiforme Auswüchse und eine Hautrötung, sowie hie und da weiße, von Pigment umgebene, atrophische Narben.

Aus unserer Darstellung geht hervor, daß hier ein Fall von Jodexanthem, bei einem keine pathologischen Veränderungen weder der Niere noch des Herzens darbietenden Individuum vorliegt, welches aber zweifellos mit Stoffwechselanomalien zu tun hatte.

Hrn. Prof. J. F. Selenew sage ich aufrichtigsten Dank für die gütige Überlassung dieses Falles, ebenso Hrn. Prof. M. N. Nikiforoff für die liebenswürdige Durchsicht meiner Präparate.

[1]) Diesem Zustande entspricht die Abbildung.

Digitized by Google

Die Behandlung der Syphilis mit Hg-Glidine.

Von

Dr. Eduard Bäumer,

Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin.

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man leicht zu der Ansicht gelangen, daß die Fülle der verschiedenartigsten Quecksilberverbindungen, welche auf dem Markt erscheinen, mindestens entbehrlich, wenn nicht gar schädlich sei. Bei näherer Erwägung kommt man aber zu einem wesentlich anderen Ergebnis.

Das Hydrargyrum galt vor dem Salvarsan und auch heute noch, trotz Salvarsan, als ein Spezifikum gegen Lues. Dieser Begriff der „spezifischen" Wirkung eines Mittels wird leider immer noch mit höchst bedenklichem Dogmatismus so aufgefaßt, als wenn diese Wirkung eine absolut spezifische wäre; oder mit anderen Worten, das Spezifikum muß in jedem Falle mit der Notwendigkeit eines physikalischen oder chemischen Experimentes wirken. Die Promptheit der Wirkung des Hg auf die Symptome der Lues ist ja unzweifelhaft, und wer einige besonders eklatante Beispiele solcher Art erlebt hat, der neigt nur zu sehr dazu, die spezifische Wirkung als absolute zu nehmen. Je mehr man aber Gelegenheit hat, zahlreiche Fälle von Lues der verschiedensten Art zu beobachten, um so mehr kommt man zu dem Resultat, daß der Begriff der spezifischen Heilwirkung, wenn man überhaupt daran festhalten will, durchaus relativ zu verstehen ist. Sehen wir doch Fälle, wo selbst die intensivste Hg-Behandlung, z. B. eine Kalomelkur, nicht imstande ist, der Lues Herr zu werden; vielmehr treten schon wenige Wochen nach der Kur neue Erscheinungen auf; oder, was noch viel öfter geschieht, wir sehen bei einer gut geleiteten und gut vertragenen Hg-Kur, daß zwar alle Symptome am Körper prompt verschwinden, die Schleimhautpapeln im Munde aber noch am Ende der Kur vorhanden sind.

Wenn also die spezifische Wirkung des Quecksilbers eine durchaus relative ist, so muß es uns gerade willkommen sein, wenn wir unter mehreren Hg-Verbindungen die Wahl haben, damit wir das im einzelnen Falle geeignete Präparat benutzen können. Um nur ein Beispiel anzuführen, will ich darauf hinweisen, daß Schleimhautpapeln häufig nur durch innerliche Darreichung von Hg zur Abheilung gelangen[1]).

Die interne Behandlung mit Hydrargyrum hat sich neben der Inunktions- und Injektionsbehandlung dauernd zu behaupten gewußt, wenn wir auch in Deutschland auf dem Standpunkt stehen, daß die innerliche Verabfolgung von Hg nur als Zwischenkur oder da in Frage

[1]) Bäumer, Ältere und neuere Methoden der Quecksilberbehandlung. Berliner Klinik, 1910, Heft 264.

Digitized by Google

kommt, wo es aus äußeren und inneren Gründen unmöglich ist, Injektionen oder Inunktionen anzuwenden.

Unter den innerlich zu gebrauchenden Hg-Verbindungen nehmen diejenigen eine besondere Stellung ein, welche das Quecksilber an Eiweiß chemisch gebunden enthalten; unter diesen Quecksilbereiweißverbindungen wiederum ist die Hg-Glidine der Chemischen Fabrik Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz durch gewisse Eigenschaften ausgezeichnet, welche besondere Beachtung gerade vom therapeutischen Standpunkt aus verdienen.

Während man früher annahm, daß das Quecksilber im Organismus als Quecksilberoxydalbuminat zur Wirkung gelangt, ist es nach den neueren Forschungen wahrscheinlich, daß das Hg als Merkuriion, also in Form eines konstanten chemischen Zustandes, seine Wirkung entfaltet.

Wenn wir die therapeutische Wirkung einer Quecksilberverbindung beurteilen wollen, so haben wir uns demnach drei Hauptfragen vorzulegen: 1. Wie wirkt das Präparat örtlich, d. h. hat es eine Ätzwirkung oder fällt es Eiweiß? 2. Wie schnell gelangt das Präparat in die Zirkulation? 3. In welcher Zeit wird ein Merkuriionenzustand bestimmter Konzentration erreicht?

Prof. Karl Neuberg[1]) hat unter diesen Gesichtspunkten die Hg-Glidine einer eingehenden experimentellen Prüfung unterworfen und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: Bei allen zum Versuch benutzten Tieren war bereits 24 Stunden später im Urin und Kot Hg nachweisbar; während es aus den Fäzes nach 4 Tagen verschwand, war es im Harn bei einem Kaninchen noch am 8., bei einem zweiten noch am 15. Tage nach der Einführung nachzuweisen. Man kann einem Kaninchen von 3000 g Gewicht auf einmal 0,1808 g Hg und innerhalb zweier Tage 0,2712 g Hg an Pflanzeneiweiß gebunden beibringen, ohne daß die Tiere eine merkliche Störung ihres Befindens erleiden. Ein Hund von 15,4 kg Gewicht vertrug auf einmal 40 Tabletten 0,9040 Hg ohne Störung, ein Hund von 15,1 kg wurde durch 65 Tabletten auf einmal per os gegeben (1,4690 Hg) derart geschädigt, daß er nach drei Tagen verendete.

Im Vergleich hierzu ist die Giftwirkung des Sublimates eine erheblich höhere, ein Kaninchen von 3 kg Gewicht wird durch 0,1 Sublimat (0,0738 Hg) getötet, ein Hund von 15 kg stirbt nach 0,55 g Sublimat (0,4059 Hg).

Diese experimentell erwiesenen Eigenschaften der Hg-Glidine lassen demnach die Vermutung zu, daß die therapeutische Wirkung des Präparates eine sichere und zugleich milde sein dürfte.

Seit Januar 1910 habe ich Hg-Glidine vielfach verwendet und möchte nachstehend meine Beobachtungen über Anwendung, Wirkung und Indikation des Präparates zusammenfassen.

Was zunächst die wichtigste und häufigste Anwendungsweise, nämlich zu Zwischenkuren, betrifft, so ergab die Verwendung der Hg-Glidine folgendes: wenn kurz nach einer regelrechten Injektions- oder Inunktionskur wieder Erscheinungen von Lues auftreten, so empfiehlt

[1]) Therap. Monatshefte, 1908, Heft 11.

Digitized by Google

sich in jedem Falle ein Versuch mit innerlicher Hg-Behandlung, da man unmöglich der vor kurzem beendeten Kur eine neue Hauptkur folgen lassen kann. Neben den früher von mir[1]) empfohlenen Langschen Pillen aus Hg jodat. flavum und dem Mergal habe ich nun systematisch in zahlreichen Fällen Hg-Glidine verordnet und die Beobachtung gemacht, daß das Präparat alles das leistet, was hier verlangt wird. Es wird durchweg gut vertragen, da das Hg durch seine chemische Bindung an Pflanzeneiweiß äußerst milde wirkt. Durchfälle kommen auch bei dreimal täglich zwei Tabletten Hg-Glidine nur äußerst selten vor, in dieser Hinsicht ist das Präparat den Pillen aus Hg jodat. flavum oder anderen Hg-Pillen entschieden überlegen. Außerdem konnte ich in den wenigen Fällen, in denen Durchfall eintrat, stets den Nachweis führen, daß die Patienten durch den Genuß saurer Speisen die Darmstörung selbst verschuldet hatten. Es empfiehlt sich daher dringend, die Patienten vor dem Genuß saurer Speisen (rohes Obst, Salat usw.) immer wieder von neuem zu warnen. Eine nennenswerte Stomatitis habe ich bei der anerkannt milden Wirkung der Hg-Glidine nicht auftreten sehen.

Die syphilitischen Erscheinungen heilten je nach der Intensität des Prozesses ab, eine Roseola schneller als ein papulöses Exanthem; bei schweren ulzerösen Syphiliden und schweren Spätsyphiliden habe ich Hg-Glidine mit Absicht nie verwandt, da es dem Rufe eines Präparates nur schadet, wenn man es kritiklos auch da gebraucht, wo durchaus keine Indikation besteht. Wenn stark nässende Papeln am Anus oder an den Genitalien vorhanden waren, habe ich öfter neben der innerlichen Behandlung eine örtliche Behandlung mit Kalomel eintreten lassen, weil die große Infektiosität der nässenden Papeln eine baldige Beseitigung derselben dringend erfordert.

Ganz besonders eklatant ist die Wirkung der Hg-Glidine auf die Papeln der Mundschleimhaut, welche ja, wie oben angedeutet, häufig von Inunktionen und Injektionen gänzlich unbeeinflußt bleiben, und das zumal bei Männern, welche nicht willensstark genug sind, das Rauchen zu unterlassen oder wenigstens einzuschränken. Häufig geben auch scharfe Ecken und Kanten an den Zähnen oder Zahnsteinbildungen die Veranlassung, daß immer wieder von neuem Plaques im Munde auftreten. Dies zeigt übrigens, wie wertvoll in prophylaktischer Beziehung eine Kontrolle der Zähne bei jedem Syphilitiker ist.

Was nun die Dosis anbetrifft, so ließ ich die Patienten drei Tage lang dreimal täglich eine Tablette, darauf drei Tage lang viermal täglich eine Tablette und wenn keine Störungen auftraten, von da ab dreimal

[1]) l. c., S. 8.

Digitized by Google

täglich zwei Tabletten nehmen, der gewünschte therapeutische Erfolg war meist nach Gebrauch von 4 bzw. 6, höchstens 8 Röhrchen Hg-Glidine erreicht.

Das Präparat hat in keinem geeigneten Falle versagt; da seine Wirkung durchaus prompt, dabei aber milde ist, kann die Anwendung von Hg-Glidine für Zwischenkuren ganz besonders empfohlen werden, um so mehr, als sie sich den gebräuchlichen Hg-Pillen überlegen erwies.

Zum Schluß will ich meine Erfahrungen über die Verwendung der Hg-Glidine zu Hauptkuren mitteilen. Da wir in Deutschland, wie eingangs erwähnt, der Verordnung innerlicher Hg-Präparate zu großen Kuren ablehnend gegenüberstehen, kommen für diese Versuche nur wenige, ganz besonders geeignete Fälle in Frage, in denen man eine Injektions- oder Inunktionskur nicht ausführen kann.

Entscheidend für die Beurteilung einer solchen internen Hg-Behandlung ist nicht etwa das Verschwinden der Roseola allein, denn es ist bekannt, daß eine Roseola, zumal bei Frauen, hin und wieder auch ohne jede Behandlung verschwindet; viel wichtiger ist die Frage, wieviel Zeit vergeht, bis nach dem Verschwinden der Erscheinungen ein Rezidiv auftritt.

In dieser Hinsicht war mir einer der ersten Fälle, in denen ich Hg-Glidine versuchte, ganz besonders instruktiv, weil er zeigt, daß man unter Umständen mit Hg-Glidine allein auskommen kann.

Eine 20jähr. Kunststickerin E. G. trat am 4. Januar 1910 mit einer Roseola, die schon etwas abblaßte, einem Leukoderm am Halse und Papeln ad genitale in meine Behandlung. Sie war von einem Manne in ein Hotel verschleppt und dort, durch Wein willenlos gemacht, defloriert und infiziert worden. Das Aussehen der Genitalien war noch fast virginell, ein Primäraffekt nicht mehr zu finden. Da die Eltern von der Infektion und Defloration nichts wissen durften, war eine Inunktionskur ausgeschlossen, von einer Injektionskur mußte ich bei der zarten, grazilen Patientin absehen und entschloß mich daher zu einem Versuch mit Hg-Glidine. Die Patientin erhielt in der oben angegebenen Weise drei Tage lang dreimal täglich eine, dann viermal täglich eine und schließlich dreimal täglich zwei und zuletzt sogar viermal täglich zwei Tabletten, ohne daß Durchfall oder Stomatitis auftrat. Die Erscheinungen gingen stetig zurück, nach Verbrauch von acht Röhrchen war alles, natürlich bis auf das Leukoderm, abgeheilt. Die Patientin war begreiflicherweise sehr ängstlich und stellte sich nach der Kur regelmäßig einmal wöchentlich zur Kontrolle vor und erst am 20. April traten wieder neue Erscheinungen, Roseola, Papeln ad genitale usw. auf.

Dieselbe Beobachtung konnte ich noch in drei weiteren Fällen, ebenfalls bei Frauen, bestätigt finden, auch hier hielt die Wirkung der internen Behandlung mit Hg-Glidine zwei bis drei Monate an, ehe ein Rezidiv auftrat. Wir kommen ja gerade bei Frauen, man denke z. B. an die leider nicht seltenen Fälle der Infectio a marito, öfter in die Lage, die Hg-Kur in einer möglichst unauffälligen Weise einzuleiten.

Digitized by Google

Für solche Fälle ehelicher Luesinfektion halte ich wenigstens einen Versuch mit Hg-Glidine für durchaus berechtigt; bei unzureichender Wirkung der internen Behandlung kann man ja immer noch zu Inunktionen, eventuell mit rot gefärbter Salbe oder zu Injektionen übergehen.

Ich möchte nur nicht einer kritiklosen Verallgemeinerung solcher günstigen Erfolge der internen Hg-Kur das Wort reden, dazu ist die Lues doch eine zu unberechenbare und unter Umständen heimtückische Krankheit.

Um zuletzt meine Erfahrungen noch einmal kurz zusammenzufassen, möchte ich die Hg-Glidine in erster Linie als ein ausgezeichnetes, prompt aber milde wirkendes Quecksilberpräparat für Zwischenkuren und zur Abheilung von Schleimhautpapeln empfehlen.

In wenigen, sorgfältig auszuwählenden Fällen, kann man versuchen, auch zu den Hauptkuren mit Hg-Glidine allein auszukommen, doch gehe man sofort zu energischeren Behandlungsmethoden über, sobald die innere Hg-Darreichung keine augenscheinlichen Erfolge zeitigt.

Aus der Praxis.

Wie behandelt man die Nebenhodenentzündung?

Von

Dr. M. Porosz, Spezialarzt für Urologie, Budapest.

(Mit 1 Abbildung.)

Verschiedenartig wurde die Entstehung der Nebenhodentzündung erklärt. In neuester Zeit empfahl man auch, wenngleich nicht immer auf ätiologischer Basis, verschiedene Behandlungsmethoden.

Nach den älteren Lehrbüchern war Ruhelage und das zusammengefaltete Handtuch behufs Unterstützung der herunterhängenden und wegen ihres Gewichtes schmerzhaften Hoden neben Eiskompressen gegen die Entzündung die obligate Behandlungsweise. Nach durchschnittlich zwei Wochen langem Liegen, das sich oft auch vier bis fünf Wochen lang verschleppte, verließ der blasse, geschwächte Patient das Bett und ging, nach Anbringung eines Suspensoriums, schlecht und recht seiner Arbeit nach.

Bisweilen kam es vor, daß der Patient als Komplikation einer neuerlichen Urethritis auch auf der anderen Seite eine Epididymitis akquirierte. Bei solchen Individuen konnte sehr oft Sterilität beobachtet werden.

Das Bestreben, derlei zu verhüten, veranlaßte den einen oder anderen Autor, sich mit der Frage der Ätiologie zu befassen. Eine Zeitlang war die Sache einfach und klar. Die blennorrhoische Entzündung verbreitet sich aus der Pars posterior durch die

Digitized by Google

Öffnung des Ductus ejaculatorius in das Vas deferens; eventuell passiert sie auch noch die Vesicula seminalis und zieht sich in die Epididymis, namentlich in ihren unteren Teil. Hier steigern die Gonokokken, sich vermehrend, die Entzündung und rufen ein Ödem mit zelliger Infiltration hervor. Diese zellige bindegewebige Infiltration wird später verhärtet. und das ist die Ursache des zurückbleibenden Knotens.

Prophylaktisch, auf ätiologischer Basis, konnte man dagegen nichts tun. Man mußte die Ursachen vermeiden, nach denen das Übel unmittelbar aufzutreten pflegte. Solche sind: stärkere Injektionen, Einführung von Instrumenten in den hinteren Harnröhrenteil, die Massage der Prostata, körperliche Anstrengungen (Heben, Laufen, Springen usw.). Aber auch im Bette liegende, instrumentell nicht behandelte Blennorrhöekranke bekamen das Leiden.

In einzelnen sehr seltenen Fällen führte die Nebenhodenentzündung zur Abszeßbildung. Ist der Abszeß groß, erkennt ihn auch der weniger geübte Arzt. Schindler suchte, bei jeder Nebenhodenentzündung nach diesen Abszessen, und so diagnostizierte er auch schon kleinere Höhlen. Eine Punktion mit der Pravaznadel brachte Eiter hervor, und darin fand er zumeist auch Gonokokken. Später nahm er die Punktion auch dann vor, wenn er den Abszeß nicht fühlen konnte und fand Eiter oder blutiges Serum mit Eiterzellen, aus denen sich Gonokokken züchten ließen. Die eventuelle Temperaturerhöhung nahm bei dieser Behandlung ab, der Schmerz hörte auf, die Kurdauer war bedeutend verkürzt. Die mit Epididymitis einhergehende akute Hydrozele ruft in der Tat manchmal große Schmerzen hervor. Zur Linderung der Schmerzen und zur Behebung der großen Spannung ist auch die Punktion wünschenswert. Ich selbst kam zwei- bis dreimal in die Lage, mit einer Spritze 5 ccm Serum herausbefördern zu müssen.

Baermann setzte das Verfahren fort und fand, daß die Erfolge noch sicherer sind, wenn man mit einem nicht senkrechten Einstich die Kauda punktiert. Deshalb schob er der Länge nach die Punktionsnadel im Nebenhoden von der Kauda bis zum Kaput und zog sie während der Aspiration heraus. Er begründete sein Verfahren damit, daß auch mehrere Eiterherde vorhanden sein können, von denen dann mehr vor die Nadel kommen.

Später fand er auch dies nicht für ausreichend und machte deshalb einfach einen Einschnitt in die Epididymis. Noch später machte er einen Längsschnitt. Er war mit seinen Heilerfolgen zufrieden, doch blieb die Restitutio ad integrum aus.

Nobl und Simonds ist es gelungen, zu einem Epididymitispräparate zu kommen und sie fanden, daß die Röhrchen des Nebenhodens gangräneszieren, in die benachbarten eitrigen Höhlen münden, miteinander kommunizieren, und nach der Heilung verschließt das Lumen der Röhren das Narbengewebe. Bei der sich immer mehr einbürgernden Anwendung des Messers gewann die operative Behandlung Anhänger über Gebühr.

Die Indikationen nehmen einzelne Chirurgen an und billigen sie auch bei ihrer aktiven Tätigkeit. Ich zweifle aber nicht daran, daß sie bezüglich ihrer eigenen Person energisch gegen diese Operation protestieren würden. Epididymitis operieren! Eine moderne, schöne, kühne Sache! Der Zweck ist, den Eiter, wenn er überhaupt vorhanden ist, herauszulassen. Das ist alles. Die Prognose — bezüglich Vermeidung der Sterilität — war schlecht. Wozu ist also die Operation gut?

Mit dieser Epididymitisoperation ungefähr gleichzeitig kam ein neues oder vielmehr aufgewärmtes altes Verfahren an die Oberfläche, das als Biersches Verfahren bezeichnet worden ist.

Das Prinzip ist alt und nur die Erklärung ist neu. Früher war es eine Behandlung mit „heißem Brei"; jetzt heißt sie „Saugglocke" und „Strangulation". Die Praxis

Digitized by Google

kannte diese Stauungsbehandlung schon lange und wendete sie auch lange an, nur eine entsprechende Erklärung konnte sie nicht geben.

Es ist wohl wahr, diese Behandlung wurde nicht mit Saugglocke, nicht mit Gummirohr oder Binde ausgeübt. Die Berichte über die Erfolge dieser Behandlung, über Verhütung der Sterilität und die zurückerlangte Konzeptionsfähigkeit klingen sehr schön.

Auffallend ist aber der Gegensatz zwischen den erwähnten beiden Neuerungen.

Wenn es wahr ist, daß die Epididymitis nichts anderes ist als eine Nekrose der sich schlängelnden dünnen Wege der Epididymiskanälchen, als ein Überrest der im Abszeß aufgelösten und zerstörten Röhrchen, so sind die Erfolge unbegreiflich, die die Stauung des stundenlang strangulierten Hodens hervorzubringen imstande ist. Wenn aber unser Zweck, die Restitutio ad integrum, auch auf andere Weise erreicht wird, so muß man sich fragen, wozu die Operation nötig sein soll.

Ich glaube, daß nicht in jedem Falle von Nebenhodenentzündung eine zerfließende, eiterproduzierende Nekrose vorhanden ist, ebensowenig wie das Ausbleiben der Sterilität in allen Fällen eine Folge der Strangulation ist.

Was die Behandlung betrifft, die auf der Ätiologie beruht, kann man von der Erklärung, daß die Gonokokkeninfektion nicht per continuitatem, sondern durch die Lymphwege aus der Harnröhre zur Epididymis gelangt, keinen Nutzen ziehen, denn wir haben keine Mittel, diesen Weg zu versperren; wir kennen ja gar nicht die Richtung des Weiterschreitens.

Die Theorie konnte sich aber nicht damit zufrieden geben, weil es nicht wahrscheinlich ist, daß mit der Operation jedes einzelne Gonokokkenpaar entfernt werden kann. Es war sogar kein seltener Fall, daß in dem Eiter, den man aus dem Nebenhoden bekommen hatte, Gonokokken nicht zu finden waren. Ähnlich erging es mit der Weiterverbreitung auf hämatogenem Wege, da bei Epididymitis im Blute Gonokokken nicht nachweisbar sind. Auch dafür fand sich die Erklärung, daß nicht die Gonokokken, sondern ihre Toxine oder Antitoxine die Entzündung hervorriefen. So kam eine ätiologische Erklärung zustande, welche zur Serum- und Vakzinebehandlung eine Basis bot. Bei Gelenkentzündungen und in Fällen von Bursitis bewährte sich diese angeblich gut. Die Mitteilungen enthalten aber ganz unsichere Angaben, ob sie auch auf die Epididymitis eine Wirkung ausgeübt hat. Die meisten Äußerungen lauten: „Das Leiden wurde günstig beeinflußt" und „Die Dauer wurde verkürzt".

Die einfachste, in der Praxis am leichtesten durchführbare Methode ist in diesem Falle auch die beste.

Ich machte schon seit Jahren die Erfahrung, daß Epididymitis auch ohne Gonokokkenurethritis auftritt. Sie stellt sich nach einem nicht beendeten Reiz, ja sogar nach einem rein psychischen Reiz (chokartiges Erschrecken) oder nach einem Stuhlgang mit Anstrengung oder nach Diarrhöe (Hoppes Fall), sowie nach einer Bruchoperation ein.

In allen diesen Fällen ist meines Erachtens ein gemeinsamer Zug zu entdecken, und das ist die Zirkulationsstörung, welche entweder unmittelbar oder im Wege der sympathischen Nerven zustande kommt. Deshalb benannte ich sie Epididymitis sympathica.

Man kann sich leicht vorstellen, daß auch nach Blennorrhöe ein auf die Pars posterior ausgeübter Reiz zu solchen Eventualitäten prädisponiert, die überstandene Nebenhodenentzündung hingegen wieder zu Rezidiven, so daß in solchen Fällen nur eine Gelegenheitsursache zu ihrer Auslösung notwendig ist. Auch ohne Urethritis konnte ich nach erotischen Reizen den atonischen Zustand der Prostata finden.

All dies eiferte Oppenheim und Löw dazu an, die vom Colliculus seminalis ausgelösten Reize zu studieren, und sie kamen darauf, daß durch diese eine antiperistal-

Digitized by Google

tische Bewegung ausgelöst werde. Dies gäbe dann die Erklärung für die plötzlich auftretende Epididymitis. Durch einzelne Tierversuche glaubten sie dies auch bewiesen zu haben.

Dies aber zeigt nur, wie ich es beim Wiener Urologenkongreß auseinandergesetzt habe, daß von irgendwo ein Reiz ausgeht, der auf dem Reflexwege die Zirkulationsstörung hervorruft, wie ich dies auch einmal beschrieben habe. Bei einem solchen Tierversuche konnte ich durch einen mit Salzsäure ausgelösten Reiz des durchschnittenen und verbundenen Vas deferens (Injektion in den zentralen Stumpf) die plötzlich auftretende Epididymitis auslösen.

Aus praktischen Gesichtspunkten haben diese verschiedenen Erklärungen so lange keine Wichtigkeit, als nicht ein ätiologisches Moment auftaucht, auf dem die Therapie basieren kann.

Auf Grund der antiperistaltischen Bewegung haben schon Schindler und Bruck Versuche gemacht, die Bewegungsfähigkeit der Vas-deferens-Muskeln zu lähmen. Zu diesem Zwecke benutzten sie Atropinsuppositorien prophylaktisch. Ein absolutes Resultat konnten sie aber auch so nicht erreichen. Sie konnten nur die perzentuelle Zahl vermindern, und dies erreichte auch ich, wenn mich mein Urteil nicht trügt. Sobald die Entzündung in die Pars posterior kommt, beginne ich, mit Rücksicht auf die Prostata, sowie an die Depletion und das Weitertreiben des Blutes denkend, mit der Elektrisierung (faradischer Strom) der Prostata. Es scheint mir, daß ich bei diesem Vorgehen ceteris paribus auch die Epididymitis vermieden habe.

Wenn aber aus einem sonstigen — zumeist nachweisbaren — Grunde die Epididymitis doch aufgetreten ist, befolgte ich das einfachste Verfahren.

In solchen Fällen ist es am wichtigsten, dem Hoden die Ruhe zu sichern. Zu diesem Zwecke ist das Falksonsche Suspensorium am geeignetsten. Das Wesen ist, daß es auf dem Becken befestigt werden muß. Das Leibband fällt nicht auf den Leib, sondern unter die Lendenteller und auf das Kreuzbein, so wie ein Bruchband. Wird es so fixiert, bleibt es unverändert, unbeweglich, es mag den Körper und die Gliedmaßen welche Lageveränderung immer treffen. Vorteilhaft ist ein Schnallensuspensorium, da es auf Millimeterentfernung eingestellt werden kann.

Beim Anlegen lasse ich den Patienten gleichmäßig auf beiden Füßen stehen, hebe mit vier- bis fünffingerbreiter Rollwatte den Hodensack vom Damme — die beiden Enden der Rollwatte hält der Patient auf der Inguinalgegend mit beiden Händen — und decke eventuell noch mit einem Querbande unterhalb des Penis das Skrotum zu. Damit ich nicht notwendig habe, nach dem Durchziehen des Penis durch die entsprechende Öffnung des Suspensoriums den hodenhaltenden Teil auf das Skrotum zu ziehen, habe ich an dem ober dem Penis liegenden Teil eine Schnalle anbringen lassen (siehe die Figur), so daß ich jetzt den Halter (1) auf die Handfläche und so einfach auf das mit Watte bedeckte Skrotum lege. Der Patient schnallt dann den Gurt des Suspensoriums zusammen (2), fixiert die ober dem Penis liegende Schnalle (3), und ich ziehe die Schenkelbänder gut nach rückwärts, befestige sie an ihrer Stelle (4). Schließlich hebe ich den Skrotumhalter beim Bund (5) und fixiere ihn.

Wenn der Patient mit auseinandergehaltenen Füßen gleichmäßig steht, ist das Suspensorium an guter Stelle und rührt sich nicht mehr. Wenn das eine oder das andere Band eng oder zu weit wäre, kann der Patient daran nach Bedarf ändern.

Wenn der Verband gut hält, kann er 3—5 Tage fixiert bleiben.

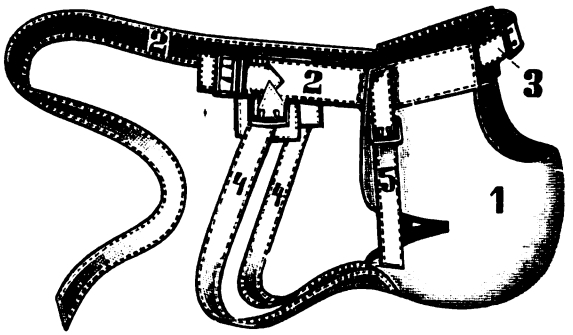
Nach Ordination Prof. Schwimmers legten wir auf das Skrotum unter die Watte einen mit Vaselin belegten Billroth-Batist.

In solcher Weise sitzt der Hoden ruhig und das ist die Hauptsache. Wasserdichte

Digitized by Google

Gaze und Watte hält den Hoden warm; Vaselin schützt die Haut gegen das Nässen.

Die Schmerzen hören auf und der Patient geht leicht. Wenn er Fieber hat, so empfehle ich ihm Ruhe und lasse ihn Phenazetin oder ähnliches nehmen. Dies vermindert auch die Schmerzen der sich weiter entwickelnden Gedunsenheit. Da die Epididymitis gewöhnlich mit Urethrozystitis und häufigem Harndrang einhergeht, verordne ich aus $^1/_2$ cg Morphin und 1 cg Extr. belladonnae angefertigte Suppositorien (3 mal täglich). Sehr wichtig ist überdies die Verhinderung der Obstipation. Deshalb lasse ich purgierende Mittel nehmen. Bei dieser Behandlung wird der Patient bald ruhig, die Schmerzen hören auf, er kann leicht gehen und seine Arbeit verrichten. Die Elektrisierung der Prostata wird fortgesetzt und enthalte ich mich auch der vorsichtig ausgeführten tiefen Einspritzungen nicht, ebenso wie Neisser und seine Schule.



Um die Absorption zu beschleunigen, wende auch ich das „Bier'sche Verfahren" an, wenn auch nicht mit „heißem Brei", aber keinesfalls mit Strangulation. Statt der vielartigen Stauungs- und Wärmeinstrumente (Thermophor) gebe ich heißes Salz in ein Säckchen bzw. in einen Strumpf, lasse es auf das aufgebundene Suspensorium legen, so daß es auf der kranken Seite vom Damme bis auf die Inguinalgegend aufliegt. Salz hält lange die Wärme und bleibt unter der Decke auch über zwei Stunden warm. Wenn es zu heiß ist, so schütze ich den Hodensack mit einem zusammengefalteten Tuch. Wenn der Patient die Wärme gut verträgt, kann er es beiseite legen. Wenn die Haut des Skrotums juckt, muß der Verband gewechselt werden. Wenn die Empfindsamkeit abnimmt, nimmt der Patient ein warmes Sitzbad, welches von sehr guter Wirkung ist. Einer meiner Patienten nahm, da er mich mißverstanden, mit aufgebundenem Suspensorium das Bad, und nachher wendete er heiße Salzkompressen an. Die Wirkung war vortrefflich. So kam ich darauf, den Billroth-Batist fortzulassen; denn die Hauptsache ist die Applikation der Wärme. Vermittler der Wärme kann ein mit Salz gefülltes Gummisäckchen, ein elektrisches Thermophorpolster oder eine mit Bleiröhren versehene Heißwasserzirkulation sein. In neuester Zeit empfahl man Antiphlogistin, das wie Schlamm beschaffen ist; auch das ist gut, wenn es überdies viel Radium enthalten würde. Neben der Wärme lasse ich längere Zeit, eventuell zwei bis drei Wochen, das Skrotum allabendlich mit Jodkalisalbe einschmieren; bei Tag appliziere ich sie auf Leinewand gestrichen mit darüber gelegtem Suspensorium.

Wird die Entzündung so behandelt, geht die Absorption leicht vonstatten. Der zurückgebliebene Knoten im Nebenhoden ist minimal, kaum fühlbar. Ich hatte auch schon Fälle, in denen keine Spur der Entzündung festgestellt werden konnte.

Die Erreichung der Restitutio ad integrum war von veränderlichem Erfolg begleitet. Nach vielen doppelseitigen Nebenhodenentzündungen fand ich Sperma. Es waren Fälle, in denen die 5.—6. Ejakulatuntersuchung (Kondom) von positivem Erfolge war.

Digitized by Google

Nobl fand nach Jahren in der Vesicula seminalis Sperma. Daraus kann man schließen, daß der Grad und die Folgen der Entzündung nicht gleichmäßig sind.

Daraus ist ersichtlich, daß wie immer die Gonokokken die Nebenhodenentzündung hervorrufen, die Sicherung der Ruhe des Organs, die Beschleunigung des Verlaufs und der Absorption die Hauptsache bleibt.

Dazu sind weder kalte, noch Eiskompressen geeignet. Die Beseitigung der Schmerzen kann so viel leichter erreicht werden und dabei kann der Patient herumgehen. Wenn eine besondere Ursache, sehr hohes Fieber, Abszedieren usw. es nicht erforderlich macht, ist es überflüssig, den Patienten ans Bett zu fesseln. Eiskompressen sind geradezu schädlich.

Das von mir konstruierte Suspensorium ist im Magyar Orvosi Müszertár, Budapest, Rákóczy-út 32, zu haben; Preis 3 Kr.

Unbewußte Gonorrhöe trotz Striktur und doppelseitiger Epididymitis.

Von

Dr. Gustav Heim, Bonn a. Rh.

Wer einen anderen mit Tripper infiziert, kann wegen Körperverletzung gemäß § 223—233 des Strafgesetzbuches strafrechtlich und gemäß § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches auch zivilrechtlich verfolgt werden. Weil in beiden Fällen aber vorausgesetzt ist, daß der Betreffende „vorsätzlich oder fahrlässig" gehandelt hat, ist es offenbar von ausschlaggebender Wichtigkeit, ob er über Art und Folgen seines Leidens genügend aufgeklärt war, speziell ob er sich seiner Krankheit überhaupt bewußt war. Letztgenannte Frage zu bejahen, wird der Sachverständige um so mehr geneigt sein, als augenfällige äußere und noch dazu gemeinhin mit Schmerzen verbundene Erscheinungen vorhanden waren, von welchen anzunehmen ist, daß sie dem Kranken nicht verborgen bleiben konnten. Dazu gehören gewiß genügend starker pathologischer Ausfluß aus der Harnröhre und größere Verhärtungen im Nebenhoden, zumal diese eine mit Schwellung und deutlichen Schmerzen einhergehende Entzündung vorauszusetzen scheinen.

Dennoch habe ich bezüglich eines vor einiger Zeit von mir beobachteten Falles die Überzeugung, daß trotz starker Verhärtung beider Nebenhodenköpfe, trotz großer Schleimfäden im Urin, mäßiger Striktur und nicht wenigen Gonokokken dem Kranken weder die Gonorrhöe noch ihre Folgen zum Bewußtsein gekommen waren. Es ist klar, wie wichtig es ist, daß solche Fälle in der Literatur ausführlich beschrieben werden.

Der Kapitän eines Segelschiffes, 25 Jahre alt, stellte sich mir vor am 29. November wegen Schmerz in der linken Bauchseite und Schwellungen an den Hoden.

Die Untersuchung ergab, daß am linken Nebenhoden der Kopf zu einer ziemlich harten, nicht druckempfindlichen, genau abgegrenzten Geschwulst von der Größe einer kleinen Walnuß verdickt und der Kopf des rechten Nebenhodens ebenso, aber nur halb so groß verändert war. Die Frage, ob er einen Tripper habe oder gehabt habe, verneinte der Kapitän bestimmt. Ausfluß aus der Harnröhre hatte er nie gehabt. Zwar

Digitized by Google

hatte er vor 14 Tagen morgens eine sehr geringe Menge von Schleim an der Harnröhrenmündung bemerkt, demselben aber keine Bedeutung beigelegt. Der Versuch, Schleim aus der Urethra zu pressen, blieb erfolglos. Es fand sich jedoch im frisch gelassenen Urin eine Menge großer Schleimfäden, außerdem eine mäßige Striktur. Zwei Tage später wurde morgens vor dem Urinieren ein Objektträger über die Schleimhaut der Harnröhre gestrichen. In dem anhaftenden Schleim fand ich ziemlich viel Gonokokken. Zur größeren Sicherheit sandte ich das Präparat an einen Militärarzt, welcher sich vorwiegend mit Bakteriologie befaßte. Seine Diagnose lautete: Ziemlich reichlich extrazellulär gelegene Diplokokken, die nach Form, Größe und Intensität der Farbstoffaufnahme dem Gonokokkus entsprechen. Er fügte hinzu, daß es sich wohl zweifellos um Gonokokken handele. Die Probe nach GRAM konnte leider nicht vorgenommen werden, weil das Präparat abhanden gekommen war.

Diese Symptome zusammengenommen ergeben mit Sicherheit die Diagnose: chronische Gonorrhöe mit abgelaufener doppelseitiger Epididymitis und leichter Striktur.

Daß der Mann in der Tat von dieser Erkrankung nichts wußte, erscheint mir als durchaus glaubhaft. Einmal erfuhr ich von verschiedener Seite, daß er eine ungemein vertrauenswürdige Persönlichkeit sei. Sodann leugnete er auch gar nicht, außerehelichen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Schließlich bewies auch die ungeheuchelte, von lebhaftem Erröten begleitete Erregung bei Enthüllung der Diagnose, die verzweifelte Gebärde, als ich die Möglichkeit zugeben mußte, daß er sein kürzlich geheiratetes Weib infiziert haben könnte, die Wahrheit seiner Aussage.

Auf die Frage, ob er nie Schmerzen im Hoden gefühlt habe, antwortete er, daß er anfangs August, also vor fast vier Monaten, zehn Tage nach dem ersten Koitus mit seiner Frau nach Bewegungen einen sehr geringen Schmerz im Hodensack gespürt habe, aber nur sechs Tage lang. Sonst habe er nie, weder vorher noch nachher irgend welchen Schmerz am Hoden bemerkt. Geschlechtsverkehr habe er nach seiner Verheiratung mit keinem fremden Weibe mehr gehabt. Daß er sich bei seiner Frau, die er gemäß seiner Stellung und seines Charakters doch wohl aus anständiger Familie nahm, infiziert habe und schon am 10. Tage nach dem Koitus, also etwa am 7. Tage nach Auftreten der Gonorrhöe, sich Epididymitis eingestellt und diese, trotz beiderseitiger ziemlich ausgedehnter Verhärtungen, dann schon nach sechs Tagen ganz schmerzlos geworden sei, ist zwar nicht unmöglich, klingt aber doch sehr unwahrscheinlich. Vielmehr erklärt sich die Sache meines Erachtens auf andere Art.

Nach Angabe des Kapitäns tragen die Matrosen auf Segelschiffen — es handelte sich um ein norwegisches —, weil in der heißen Zone die Haut des Hodensackes durch das beständige Schwitzen schlaff wird und bei dem vielen Umherlaufen sich abscheuert, nahezu allgemein Suspensorien und behalten dieselben gewohnheitsmäßig auch außerhalb der Tropen an. Der Kapitän trug seit dem 18. Lebensjahre überall beständig Tag und Nacht sein Suspensorium. Nun ist für diesen Fall sehr bemerkenswert, daß er etwa 6 Tage vor seiner Verheiratung und dem erwähnten ersten Koitus das Suspensorium abgelegt und es erst nach den besagten 5—6 Tagen, an welchen er den Schmerz im Hodensack spürte, wieder angelegt hatte. Wohl zu beachten ist ferner, daß er drei Monate vor der Verheiratung mit einem andern Weibe koitiert hatte, der diesem vorhergehende Koitus war ein Jahr davor.

Ich glaube nun, das Rätsel folgendermaßen lösen zu müssen. Der Kranke hatte sich drei Monate vor der Verheiratung bei einem andern Weibe Gonorrhöe zugezogen, welcher doppelseitige Epididymitis folgte. Gemäß häufig gemachter therapeutisch verwendeter Erfahrung milderte das Suspensorium den Schmerz der Epididymitis so, daß er ihn nicht beachtete oder wieder vergaß, oder hob denselben sogar ganz auf. Als er dann das Suspensorium vor der Verheiratung, was begreiflich ist, fortließ, stellte sich der Schmerz nach kurzer Zeit wieder ein und kam zum Bewußtsein, schwand aber

Digitized by Google

wieder, als er das Suspensorium von neuem anlegte. Letzteres tat er augenscheinlich, weil er seine Frau verlassen und wieder zur See mußte.

Der Einwand, der Kranke hätte wenigstens den Ausfluß aus der Harnröhre merken müssen, ist nicht gerechtfertigt. Ich sah wiederholt, und das ist ja wohl allgemein bekannt, daß in auffallendem Mißverhältnis zu einer großen Menge von Gonokokken der Ausfluß sehr geringfügig war. Dadurch erscheinen solche heimlich verlaufende Gonorrhöen als besonders gefährlich. Eine recht gute Illustration aber bietet ein Fall, welchen ich bald darauf erlebte.

Ein junger Mann mit nahezu gar keinem deutlichen Ausfluß klagte über etwas Jucken in der Harnröhr, welche leichten Druckschmerz zeigte. An die Diagnose Tripper wollte er erst glauben, als ich ihm die Gonokokken, welche alle Eigenarten, auch das Gramsche Phänomen aufwiesen, unter dem Mikroskop zeigte. Die Diagnose wurde bald darauf durch sehr heftige doppelseitige Epididymitis noch weiter bestätigt.

Demgemäß sind weder zahlreiche Gonokokken, noch Striktur, noch erhebliche Reste beiderseitiger Epididymitis Beweis, daß jemand von seiner Blennorrhöe Kenntnis gehabt haben müsse.

Zum Schluß möchte ich noch die hierhin passende und in mehrfacher Hinsicht interessante Krankengeschichte eines jungen nervösen, aber geistig geordneten Mannes mitteilen, zu dessen Angaben ich zwar nicht das gleiche Vertrauen habe:

Vor 5 Jahren hatte er mit einem bis dahin jungfräulichen Mädchen von $15^1/_2$ Jahren Geschlechtsverkehr. Dasselbe spürte jedesmal beim Koitus Schmerzen, und eines Tages fand er sie mit Unterleibschmerzen im Bett liegen. Er ließ sie in die Klinik fahren, wo ihr gesagt wurde, daß sie geschlechtlich angesteckt sei. Darauf ging er ebenfalls zur Klinik zu demselben Spezialarzte, dessen Namen er mir nannte. Derselbe erklärte ihm, daß er einen Tripper habe. Ihm selbst war bis dahin davon nichts bekannt gewesen, zumal er nie Ausfluß aus der Harnröhre gehabt hatte. Nach wiederholter mikroskopischer Untersuchung wurde er nach $^3/_4$ Jahr als geheilt entlassen, infizierte aber nach einigen Monaten wieder eine Virgo mit Gonorrhöe. Er ging dann wieder zum Spezialisten, welcher ihn nach drei Monaten als geheilt erklärte, konsultierte darauf noch zwei Ärzte, welche ihn ebenfalls als geheilt entließen.

Die Gonorrhöe aber zeigte sich wieder und machte eine Zystitis, welche ich mittels Urotropin sehr günstig beeinflussen konnte. Später verordnete ich eine Spritzkur, nachdem er wieder ein minderjähriges Mädchen zu entjungfern versucht hatte, was aber wegen des zu starken Hymens nicht gelang, obwohl bei dem Akt zwei zur Vorsicht gleichzeitig übergezogene Kondome zerrissen! Die Einspritzungen mußte ich aber wieder aussetzen lassen, weil sich nach einem $^3/_4$ stündigen Ritt Schmerzen im Nebenhoden gezeigt hatten. Ich konstatierte deutliche Verhärtung des linken Nebenhodens, besonders des Kopfes, welcher aber auf Druck nicht schmerzhaft war. Obschon er schon vor Jahren wiederholt Hodenschmerzen und auch einmal eine Hodenschwellung gehabt hat, hat er angeblich bis heute keine Ahnung von seiner Epididymitis gehabt.

Diese von mir behandete Gonorrhöe scheint ein Rezidiv der alten zu sein, obwohl nicht ausgeschlossen ist, daß er sich 5 Monate vorher neu infiziert hatte.

Da sich dieser Fall an die beiden eben beschriebenen anschloß, bekam ich den Eindruck, daß das Unbewußtsein von Gonorrhöe und Epididymitis keine seltene Sache sei und untersuchte in der Folge bei jedem Tripper die Nebenhoden, schon aus therapeutischer Rücksicht. Denn auch bei dem Kapitän waren die Verhärtungen während nicht zu starker Injektionskur mit Protargol angeschwollen und schmerzhaft geworden, welche Erscheinungen nach Aussetzen der Einspritzungen bald und ganz wieder schwanden.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 12. 11. 1912.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus.

1. Fischel demonstriert einen über 70 Jahre alten Mann mit einer ausgedehnten Eruption von Kaposis **multiplem hämorrhagischem idiopathischem Sarkom.**

Diskussion: Ledermann, E. Lesser, Arndt und Pinkus heben klinische und histologische Eigentümlichkeiten des Falles hervor.

2. Saalfeld demonstriert einen kräftigen Mann mit kleinen runden, bräunlichen und schwärzlichen Hautknötchen am ganzen Körper und den Extremitäten nebst den mikroskopischen Schnitten der Affektion. Er bezeichnet sie als **Hämangioendotheliome** und stellt sie in Gegensatz zu den **Lymphangioendotheliomen,** von welcher Veränderung er zwei Patientinnen und die mikroskopischen Präparate vorführt. Letztere sind typische Bilder der jetzt allgemein als Syringom angesprochenen Hauttumoren. Den ersten Fall rechnet Pinkus in das Gebiet der Urticaria pigmentosa, Arndt schließt sich ihm insofern an, als auch er die Affektion nicht als Hämangioendotheliom anzusehen vermag, da wohl stark gefüllte Blutgefäße mit starken Infiltrationen ihrer Wand zu sehen sind, aber keine neugebildeten Gefäße. Da Mastzellen nach Saalfelds Aussage fehlen sollen, möchte Arndt die Krankheit nicht als gewöhnliche Urticaria pigmentosa, sondern als einen urtikariellen Prozeß mit Pigmentbildung ansprechen.

3. Fischel demonstriert einen Fall von Narbenbildung, die einem sekundärsyphilitischen Exanthem gefolgt ist, **Leukatrophie cutanée Fournier,** Baum spricht den Fall als Narbenbildung an, die auf papulöse Syphilide in den eigentümlichsten atrophischen Formen folgen kann.

4. M. Friedländer demonstriert einen jungen Mann mit einer ausgedehnten Eruption von **Maculae atrophicae cutis.** Fr. Lesser zeigt die mikroskopischen Präparate dieses Falles, die die Atrophie (Schwund des elastischen Gewebes in den oberflächlichsten Kutislagen und um die atrophische Stelle herum perivaskuläre entzündliche Infiltration) deutlich in ihrer Entstehung erkennen lassen. Fischel bezeichnet den Fall als Atrophodermie érythemateuse en plaques. Die angeblich vorausgegangene Syphilis ist mindestens zweifelhaft. Tomasczewski betrachtet die in diesem Falle vorhandene Zungenveränderung als Exfoliatio areata linguae.

5. M. Friedländer demonstriert einen jungen Mann, der unter hohem Fieber und mit Halsschmerzen an einem Ausschlage erkrankt ist, der große Ähnlichkeit mit Variolois besitzt. Es handelt sich um ein papulo-pustulöses Syphilid, das einem Primäraffekt der Tonsille gefolgt ist.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Oktober (7. November) 1912.

Originalbericht von Arthur Jordan.

1. Troitzkij (Gast) stellte eine 22jährige Kranke mit **Asphyxia localis** der Hände (Morbus Raynaud) vor, bei welcher das Leiden angeblich sieben Jahre bestehen soll.

Digitized by Google

Diskussion: KRASSNOGLOSOW bemerkt, daß es sich um einen leichten Fall handelt, wo es noch nicht zur Gangrän gekommen ist und so noch Hoffnung ist, daß die Behandlung günstig einwirken wird.

2. MESCHTSCHERSKI und TROITZKIJ führten ein 17jähriges Mädchen mit **Lupus erythematodes acutus** vor, welcher die beiden Wangen, die Stirn, die Brust und den Rücken betrifft und sich durch rosafarbene Scheiben mit narbiger Atrophie des Zentrums charakterisiert. Zu Beginn des vor etwa einem Jahr aufgetretenen Leidens bestand Fieber, augenblicklich ist die Kranke fieberfrei. Die WASSERMANNsche Reaktion ist positiv, ebenso auch die PIRQUETsche Reaktion. Es besteht eine Rhinitis atrophicans. Histologisch ergab sowohl die Untersuchung eines frischen wie eines alten Knötchens Atrophie aller Drüsenelemente. Ein positiver WASSERMANN, trotz fehlenden Hinweises auf Lues, ist auch von anderen bei Lupus erythematodes acutus konstatiert worden, wie von REINHARD, HAUCK, ZUMBUSCH und FEUERSTEIN, aber fiel immer mit Zeiten allgemeiner Schwäche und Temperatursteigerung zusammen, hier aber mit einer Periode subjektiven Wohlbefindens und Fehlen von Fieber. Auf den positiven Ausfall der PIRQUETschen Reaktion ist nicht viel zu geben.

Diskussion: ORLOW ist der Ansicht, daß die Dystrophie der Zähne, wie die mehrfachen Aborte seitens der Mutter bei positivem WASSERMANN der Kranken den Verdacht auf latente Syphilis erwecken, und rät bei der Behandlung zum Versuch einer spezifischen Kur.

MESCHTSCHERSKI hält die Dystrophie der Zähne, wobei es sich mehr um eine Mikrodentie handelt, nicht für syphilisverdächtig, da sie durch die Tuberkulose der Mutter ihre Erklärung findet, hat aber nichts gegen den Versuch einer speziellen Kur einzuwenden.

KRASSNOGLOSOW erinnert, daß eine Rhinitis atrophicans, welche in diesem Fall sicher stark ausgesprochen ist, von den meisten auf bestehende Tuberkulose oder Lues geschoben wird.

3. TSCHERNOGUBOW demonstriert zwei Kranke mit **tertiärem Erythema FOURNIER**, von denen der eine sich vor zwei, der andere vor drei Jahren luetisch infiziert hat, und berichtete über einen dritten Fall dieser Art bei einem 8jährigen Mädchen mit gleichzeitig bestehender Periostitis gummosa.

Diskussion: TSCHLENOW erwähnte einen ähnlichen Fall, den er aber zur sekundären Syphilis zählte.

Auch KRASSNOGLOSOW ist der Ansicht, daß es sich in den beiden vorgestellten Fällen um ein sekundärsyphilitisches annuläres Syphilid und nicht um ein tertiäres handelt, zumal da sich in beiden Fällen außerdem noch Papeln finden; über den dritten, nicht gezeigten Fall läßt sich nicht urteilen.

TSCHERNOGABOW stimmt dem nicht zu.

4. POSPELOW jun. führte einen 40jährigen Mann mit **Psoriasis vulgaris**, die stellenweise rupioid ist, vor, wobei es sich um einen alten Rheumatiker handelt.

Diskussion: TSCHLENOW beobachtet soeben einen exquisiten Fall von **Psoriasis rupioides ostracea et cornea**, den er die Absicht hatte vorzustellen, woran er aber durch die Erkrankung des Kranken an Pleuritis verhindert worden ist. Er erkundigt sich, ob bei dem vorgestellten Fall eine Verschlimmerung der Psoriasis mit dem Rheumatismus beobachtet wird oder nicht.

POSPELOW jun. erwidert, wenn auch die Psoriasis schon vor dem ersten Ausbruch des Rheumatismus bestanden hat, so bestehe dennoch anscheinend ein Zusammenhang, da zweimal der Ausschlag bei einer heftigeren Attacke des Rheumatismus zugenommen hat.

Digitized by Google

MESCHTSCHERSKI hat in einem in der Hautklinik im Jahre 1903 beobachteten Fall von Psoriasis rupioides weder Rheumatismus noch auch Kachexie gesehen.

KRASSNOGLOSOW: Die Ätiologie der Psoriasis vulgaris ist auch heute noch dunkel.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 112, Heft 4.

Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf die Jahre 1910/11, von R. LEDERMANN und KURT BENDIX. Sammelreferat.

W. Lehmann-Stettin.

Bd. 114, Heft 1, Oktober 1912.

1. Experimentelle und klinische Studien zur Lehre der Dermatomykosen (Infektion, Prophylaxe, Immunität), von F. KUSUNOKI-Nagoya, Japan. Die außerordentlich umfangreiche Arbeit stützt sich auf zahlreiche Tierexperimente, die in der Breslauer Dermatologischen Klinik vorgenommen wurden. Aus den Schlußfolgerungen des Verfassers sei hervorgehoben:

1. Als notwendige Infektions- und Entwicklungsbedingungen, welche die Übertragung der Pilze auf Menschen und Tiere ermöglichen, sind eine geeignete Temperatur, eine Verletzung der Epidermis, Vorhandensein von Sekretion als Nahrung, Feuchtigkeit, leichte Sauerstoffzufuhr, Abwesenheit einer Immunität gegen diese Pilze notwendig. Eine Verletzung der Epidermis ist die wichtigste Bedingung.

2. Die individuelle Prophylaxe gegen Dermatomykosen soll im Schutz vor Epidermisverletzungen und in der raschen Heilung von Ekzemen und anderen juckenden Hautkrankheiten bestehen. Im Tierexperiment gelingt das Abtöten der in die Haut eingedrungenen Pilze nur sehr schwer. Aussicht auf Erfolg bieten nur Mittel, welche auch für die Haut sehr different sind (Chrysarobin, Naphtol).

Über Immunität und über die Möglichkeit experimenteller Lösung dieser Frage hat Verfasser an Meerschweinchen wie an Kaninchen außerordentlich zahlreiche Versuche vorgenommen, die allerdings in vielen Fällen mit den bei Menschen zu erhebenden Befunden nicht übereinstimmen. Sehr interessant sind auch seine Versuche mit den Immunitätsstoffen, mit Trichophytin usw. bei den verschiedenen Mykosen; doch müssen diese im Original eingesehen werden.

2. Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Schwefelwirkung, von W. KOPYTOWSKI-Warschau. Bei 8 jungen Männern hat Verf. die gesunde Skrotalhaut mit 10—25—50%iger Schwefelsalbe, mit Schwefelmilch und Reismehl zu gleichen Teilen mehrere Tage hintereinander gereizt; die entstandenen Veränderungen der Haut waren stets analog, wechselten aber in der Intensität des Prozesses, ohne daß diese in einem Verhältnis zur Zeitdauer der Reizung oder zum Prozentgehalt des Schwefels stand. Dadurch wird die verschiedene Empfänglichkeit der Haut gegen die Schwefelwirkung bewiesen: Es gibt Individuen, welche bereits auf geringe Schwefelmengen heftig reagieren, andere vertragen das Mittel selbst in großen Dosen.

Was die Veränderungen selbst anlangt, so lag fraglos eine durch den Schwefel bedingte Entzündung vor. Diese Entzündung betrifft vorwiegend die Papillarschicht und die oberen Kutisschichten, indem hauptsächlich Veränderungen der Gefäße zustande kommen, wie Erweiterung, Quellung und eine ungewöhnliche Proliferation

Digitized by Google

des Endothels, welche bereits in sehr frühen Stadien der Schwefelwirkung sehr deutlich auftritt. Die proliferierenden Endothelzellen gelangen in die Epidermis mit dem Pigment. Hand in Hand damit geht eine vermehrte Hornbildung; die Hornschicht macht nicht alle typischen Phasen der vollständigen Verhornung durch, sondern besteht aus unvollständig verhornten, lose zusammenhängenden Lagen. Wesentlich erscheint auch die chemotaktische Wirkung des Schwefels auf die Leukozyten.

3. Favus bei Neugeborenen, von HANS GÉBER-Klausenburg. Eine favuskranke Frau übertrug ihre Erkrankung auf ihr neugeborenes Kind, und von diesem aus entstand eine Epidemie unter den übrigen Säuglingen der Anstalt. Die bei dieser Gelegenheit gemachten interessanten Beobachtungen zeigten ebenso wie die zu Versuchen angestellten Impfungen, daß die Inkubationszeit bei Favus 6—8 Tage beträgt, und die verschiedenen Formen des Favus, die sich morphologisch feststellen lassen, zweifellos von ein und demselben Stamm verursacht werden. Wichtig ist auch, daß bei intakter und trockener Haut die Übertragung nicht gelang, wohl aber nach Mazeration und oberflächlichen Verletzungen.

4. Folliculitis und Perifolliculitis ulcerans serpiginosa, von ENZO BIZZOZERO-Turin. Verfasser berichtet einen eigenartigen Fall einer chronischen, serpiginös verlaufenden, aus oberflächlichen Ulzerationen bestehenden Erkrankung in der behaarten Scheitelgegend eines 68 jährigen Mannes. Die seit 32 Jahren ausschließlich auf behaarter Kopfhaut und Stirn lokalisierte Erkrankung, die von Zeit zu Zeit unter Narbenbildung spontane Ausheilung gezeigt hat, aber immer wieder rezidivierte, hat sich bei genauester Untersuchung weder auf Syphilis, noch auf Tuberkulose, noch irgend eine Form der Mykose zurückführen lassen. Das Bild wurde erst klarer, als es Verfasser gelang, neu entstehende Stellen in der ganzen Entwicklung von der Bildung kleinster Primärknötchen an bis zur Ulzeration zu verfolgen. Es gelang ihm, den Staphylococcus aureus nachzuweisen, den er als ursprüngliche und einzige Ursache des ganzen Prozesses ansehen möchte. Seine verschiedenen therapeutischen Bemühungen sind in der Beobachtungszeit von fünf Monaten immer nur von vorübergehendem Erfolge begleitet gewesen (Röntgenbehandlung wurde nicht versucht).

5. Über die Pemphigusbehandlung mit Chinininfusion, von ROMAN v. LESZCYNSKI-Lemberg. In drei Fällen von Pemphigus, die sämtlich mit hochgradiger Beteiligung der Mundschleimhaut einhergingen, hat Verfasser recht günstige Erfolge von Infusionen mit Chininkochsalzlösungen (1,00 in 250 ccm pro dosi) gesehen. Die Epithelbildung wurde beschleunigt, die subjektiven Beschwerden beseitigt und der Allgemeinzustand gehoben. Da aber neue Eruptionen in allen Fällen noch während der Behandlung beobachtet wurden, kann man von einer Dauerwirkung des Chinin nicht sprechen.

6. Über Veränderungen der Achselschweißdrüsen während der Gravidität, von LUDWIG WAELISCH-Prag. Verfasser schließt aus einer Reihe von ihm gemachter Beobachtungen, daß bei Graviden und Wöchnerinnen eine physiologische, immer zu beobachtende Veränderung an den Achselschweißdrüsen vorkommt, welche zu Beginn des Puerperiums ihre Höhe erreicht und sich dann allmählich zurückbildet. Es ist dies ein konstantes physiologisches Begleitsymptom der Gravidität und des Puerperiums und daher streng zu trennen von den physiologischen Veränderungen an eventuell in der Achselhöhle vorhandenen Milchdrüsen.

Es ist ihm sehr wahrscheinlich, daß die Funktionssteigerung und Vergrößerung der Achselhöhlenschweißdrüsen in der Gravidität dieselbe Ursache hat, wie die

Digitized by Google

gleichen Vorgänge an der Milchdrüse. Eine ungezwungene Erklärung dafür ergibt sich, wenn man die Achselschweißdrüsen als Drüsen auffaßt, die in einem gewissen Entwicklungsstadium zur Milchdrüse sozusagen stehen geblieben sind oder aber sich aus Milchdrüsenanlagen zurückgebildet haben.

7. Angioneurotische oder toxische Entzündung? (Bemerkungen zur Dermatitis symmetrica dysmennorrhoica MATZENAUER-POLLAND), von KREIBICH-Prag. Die in Bd. 111 des Archivs von MATZENAUER und POLLAND berichteten Befunde haben nach Meinung KREIBICHs das große Verdienst, das einschlägige Material dauernd von dem Verdacht des Artefaktes gesäubert zu haben. In der Deutung der Befunde stimmt er aber diesen Verfassern nicht zu, glaubt vielmehr, daß gerade diese Fälle für seine Auffassung sprechen. Die von den Verfassern angegebenen Befunde über Lipoidanreicherung des Blutes hat KREIBICH bei der Nachprüfung nicht bestätigen können. Er weist den Verfassern außerdem nach, daß sie mit ihrer Erklärung der toxischen Embolie nicht ausgekommen sind, sondern gezwungen waren, bei der nervösen Auffassung Anleihen zu machen. Er bleibt bei seiner angioneurotischen Theorie und belegt dieselbe durch einen neuen einschlägigen Fall.

8. Ein Fall von Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, von I. FRIEDBERG-Breslau. Aus der Breslauer Klinik berichtet F. über einen Fall, den er in die Gruppe derjenigen Erkrankungen stellt, die von MATZENAUER und POLLAND unter der Bezeichnung Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica zusammengefaßt worden sind. Es handelt sich um eine 30jährige Patientin, deren Hauterkrankung etwa folgenden Verlauf hat: An einer umschriebenen Hautstelle entsteht zunächst, am häufigsten während des Schlafes, ein intensives Brennen, gleichzeitig zeigen die befallenen Stellen eine verhältnismäßig helle Rötung und bald darauf eine urtikarielle Schwellung; kurze Zeit später hebt sich die obere Epithelschicht blasenförmig ab, die Blasendecke platzt und der Inhalt der einzelnen Bläschen fließt zusammen und trocknet schnell zu braungelben Krusten ein. Die erkrankte Stelle präsentiert sich jetzt als „eine entzündlich gerötete, nässende, teilweise mit dünnen sero-fibrinösen Krusten bedeckte Wundfläche". Diese Stellen heilen nach wenigen Tagen spontan wieder ab und hinterlassen nur dunkelpigmentierte Flecke.

Er bestätigt die Beobachtung der Spontanität des Auftretens der Effloreszenzen, und hält psychische Erregungen von hervorragender Bedeutung für die Entstehung des Leidens. Immerhin sind aber die bedeutendsten Symptome der Erkrankung die Störungen, die vom Genitalapparat ausgehen.

9. Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica. Bemerkungen zu MATZENAUERS und POLLANDS gleichnamigen Aufsatz in Bd. 111, Heft 2 dieses Archivs, von P. MATHES-Graz. Verfasser wendet sich gegen die Auffassung von MATZENAUER und POLLAND und reklamiert die Beobachtungen derselben als eine sichere Bereicherung unserer Kenntnis vom Symptomenbild des „asthenischen Anfalls", wie er zur Zeit der Pubertät so häufig auftritt und von ihm in seiner Vielgestaltigkeit beschrieben wurde.

10. Zur Kenntnis des EHRMANNschen Luesphänomens, von KARL SCHMIDT-Frankfurt a. M. Aus dem mitgeteilten Falle, bei dem es sich wohl auch um eine luetische Gefäßveränderung mit entsprechender Dokumentierung auf der Hautoberfläche im Sinne EHRMANNS gehandelt hat, kann Verfasser der EHRMANNschen Erklärung nicht beistimmen; die elektive Erkrankung der Venen und die dadurch bedingte Stauung scheint ihm das Hautphänomen einfacher und zwangloser zu erklären als eine Arterienerkrankung.

Digitized by Google

11. Steinkohlenteer in der Dermatologie, von Stephani Rygier und Ernst Mueller-Breslau. Der Steinkohlenteer ist ein sehr labiles und variables chemisches Präparat; es gibt nicht zwei in ihren einzelnen Bestandteilen übereinstimmende Steinkohlenteerarten, wodurch sich vielleicht die Schwankungen in der Wirkung nicht nur verschiedener, sondern auch aus ein und derselben Fabrikationsquelle stammenden Präparate erklären läßt. Es scheint, daß ein wesentlicher Teil der Wirkung des Steinkohlenteers seinem physikalischen Einfluß auf die Haut beizumessen ist, der in der Bildung eines glatten, die Luft völlig abschließenden, einen gleichmäßigen Druck ausübenden Überzuges besteht. Mindestens das gleiche Gewicht ist jedoch auf die chemische Wirkung zu legen, ohne daß der einen oder anderen Komponente des Teers die Hauptrolle dabei zuerteilt werden müßte. Nach den Erfahrungen an der Breslauer Klinik sind heute der Steinkohlenteerbehandlung ziemlich enge Indikationen gezogen. Ein besonders wertvolles Mittel ist er für die Behandlung chronischer Ekzeme. Hier tritt seine hervorragende juckreizstillende, austrocknende, anämisierende, die Infiltration vermindernde Wirkung in Erscheinung. Gute Erfolge wurden auch bei Dermatitis lichenoides pruriens und Prurigo Hebrae erzielt, während bei Psoriasis der Erfolg, wenn nicht negativ, so doch mindestens zweifelhaft war.

12. Über eine besondere Form des hereditären Keratoms (Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare), von August Brauer-Kiel. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um eine merkwürdige und außerordentlich seltene familiäre symmetrische Keratodermie, die sich an drei Brüdern und ihren Söhnen feststellen ließ. Es finden sich an den Volae und Plantae, zum Teil auch am Dorsum, weniger am Digitalgelenke, fast symmetrisch angeordnete zahlreiche stecknadelspitz- bis pfennigstückgroße, oft von mehr oder minder breitem, das Hautrelief zeigenden hyperkeratotischen Wall umgebene, mit der Matrix fest verbundene, parakeratotische Epidermis darstellende Horneinlagerungen. Irgend welche entzündlichen Erscheinungen sowie nervöse oder sekretorische Anomalien fehlten. Verfasser führt aus der Literatur eine große Anzahl Fälle auf, die wohl im einzelnen eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen, aber sich mit seinen Fällen, die er durch gute Abbildungen belegt, in keiner Weise identifizieren lassen.

13. Systematisierter ichthyosiformer Nävus, von Ludwig Waelsch-Prag. Der bei einem 9jährigen Knaben als Nebenbefund festgestellte Nävus war auf die linke Kopf- und Gesichtshälfte beschränkt, bis auf einen Herd, der in der Mittellinie des Halses knapp über dem Jugulum gelegen war. Aus der genauen klinischen und histologischen Beschreibung hält Verfasser folgende Momente für bemerkenswert:

1. Neben der strengen Halbseitigkeit der Affektion die genaue Korrespondenz der linearen Streifen mit den Grenzlinien der Trigeminusäste untereinander und gegen die Zervikalnerven.

2. Die Kombination von Gewebsnävus im Sinne Jadassohns mit Organnävus.

3. Die Lokalisation an der Lippen- und Wangenschleimhaut, die ebenfalls streng halbseitig das Trigeminusgebiet begreift.

4. Der gleichzeitige Nachweis eines subkonjunktivalen Lipodermoids und einer Hemmung der Zahnentwicklung, also ein Nebeneinander von ektodermalen Exzeß- und Hemmungsbildungen.

14. Die Kultur der Spirochaeta pallida und ihre experimentelle Verwertung, von H. Sowade-Halle a. S. Verfasser kann auf Grund seiner zahlreichen Kulturversuche sagen, daß die Züchtung der Syphilisspirochäte auf künstlichem Nährboden in Mischkultur als verhältnismäßig leicht zu bezeichnen ist; auch ist er der Meinung,

Digitized by Google

daß diese Mischkultur für diagnostische Fälle sehr häufig genügen wird. Interessant ist dabei, daß es ihm gelungen ist, auf diese Weise einen kulturellen Spirochätennachweis auch aus Produkten tertiärer Syphilis zu liefern, und ebenso erscheint wichtig, daß er wenigstens in zwei Fällen aus klinisch luetischen Veränderungen beim Tier den Erreger hat züchten können.

Die Isolierung der Spirochäte aus der Mischkultur ist auch heute noch trotz der verschiedenen, zu diesem Zwecke angegebenen Methoden mit großen Schwierigkeiten verbunden. Die optimalen Bedingungen zur Reinzüchtung des Syphiliserregers sind noch nicht endgültig festgestellt. Es ist nicht einmal sicher, daß die Spirochaeta pallida streng anaerob ist; jedenfalls geht aus einer Reihe von Beobachtungen hervor, daß der einmal kulturell gewonnene Erreger gegen Sauerstoff keineswegs übermäßig empfindlich zu sein scheint.

Andererseits ist es dem Verfasser auch gelungen, mit der Kulturspirochäte erfolgreiche Impfungen vorzunehmen, aus denen für ihn hervorgeht, daß: 1. durch Erzeugung einer durch Spirochätennachweis sichergestellten Allgemeinlues beim Versuchstier die Identität künstlich gezüchteter Spirochäten mit echten Syphilisspirochäten nachgewiesen wurde, und daß 2. durch diese Impferfolge die von verschiedenen Seiten vermutete Avirulenz der Kulturspirochäten widerlegt werden konnte.

15. Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Karl Vignolo-Lutati-Turin. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um einen 24jährigen unverheirateten Schneider, bei dem ganz zufällig einige Ringe von rosa Farbe auf der Haut der unteren Extremitäten bemerkt wurden, die nach längerem Gehen oder Stehen stärker rot wurden und mehr hervortraten. Verfasser hat den Fall sehr lange beobachten können und ihn nach jeder Richtung hin genau untersucht und mit dem in der Literatur über die Erkrankung Bekannten verglichen. Er verbreitet sich ausführlich über die von Majocchi und Radaeli gegebenen Hypothesen zur Erklärung des Prozesses. Er ist der Meinung, daß verschiedene Komponenten toxisch infektiöser Natur ätiologisch zusammentreffen.

16. Über die Entstehung des Leucoderma syphiliticum, von Hans Géber-Klausenburg. Um über die zwei Theorien, nach denen einerseits das Leukoderm eine sekundäre Erscheinung sein soll, welche immer nur im Anschluß an vorausgegangene Effloreszenzen auftritt, andererseits primär oder idiopathisch sein soll, Klarheit zu bekommen, hat Verfasser an zahlreichen Fällen histologische Untersuchungen angestellt. Um primäre Veränderungen nachweisen zu können, hat er möglichst frische Fälle ausgewählt, bei denen das Leukoderm nur eben angedeutet ist, und Stellen exzidiert, an denen sicher keine klinisch nachweisbaren und sichtbaren Effloreszenzen gesessen hatten. Als pathogenetisch primäre Veränderungen, welche übrigens häufig so gering sind und sich oft auf so zirkumskripte Partien beschränken, daß sie dem Untersucher leicht entgehen können, hat er neben Pigmentverschiebungen Phlebitis obliterans nachweisen können, also entzündliche Prozesse offenbar syphilitischer Natur, die sich unter der Haut abspielen, ohne daß sie äußerlich in Erscheinung zu treten brauchen. Ebenso geht aus seinen Versuchen hervor, daß das Leukoderma sowohl im sogenannten tertiären wie im sekundären Stadium entstehen kann, wenngleich es im ersten viel seltener ist.

17. Die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilis, von Karl Marcus-Stockholm. An einer zahlreichen Reihe von Fällen im Krankenhause zu St. Göran hat Verfasser regelmäßig Untersuchungen der Spinalflüssigkeit vorgenommen. Nicht nur die Wassermannsche Probe, sondern auch die Messung der Druckschwankung, Zählung der Leukozyten und Untersuchung auf Globulin nach Nonne-Apelt und

Digitized by Google

Gesamteiweiß nach BRANDENBERG. Aus den eingehenden Untersuchungsreihen sind einige Fälle besonders bemerkenswert, bei denen sich noch viele Jahre nach beobachteten äußeren Symptomen Veränderungen der Spinalflüssigkeit fanden, und andererseits Fälle rezenter Syphilis, bei denen aus keinerlei klinischen Anzeichen auf Veränderungen des Liquors geschlossen werden konnte. Er behauptet darum, daß die Lumbalpunktion bei Syphilis nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Prognose in allen Stadien der Syphilis von größter Bedeutung ist. Der Eingriff, der „lege artis" ausgeführt gefahrlos ist und für den Patienten ohne wesentliche Unannehmlichkeiten, sollte regelmäßig vorgenommen werden.

Verfasser weist auf einige Fehlerquellen bei der Untersuchung hin: Jodkalium kann den Druck wahrscheinlich wesentlich erhöhen, und akute Infektionskrankheiten können zweifellos eine Pleozytose hervorrufen, was bei der Untersuchung der Lumbalflüssigkeit eines Syphilitikers nicht vergessen werden darf.

18. Einige Bemerkungen über die Dosierung bei Quecksilberinjektionen, von CARL CRONQUIST-Malmö. Verfasser macht auf einige Fehlerquellen bei der schematischen Durchführung unserer Hg-Kuren aufmerksam, die einmal darin liegen, daß die absolute Menge des metallischen Quecksilbers bei den einzelnen zur Verwendung kommenden Präparaten sehr verschieden ist, und daß wir andererseits meist gewohnt sind, nach dem Volumen zu dispensieren, das aber je nach dem spezifischen Gewicht der verschiedenen Vehikel (Paraffin, Öl usw.) ganz verschieden ausfällt.

19. Über eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae acutum), von B. LIPSCHUETZ-Wien. In einem klinisch zunächst als Ulcera gangraenosa ad genitale sich darstellenden Fall bei einer 17 Jahre alten Virgo intacta wurde die für Nosokomialgangrän typische Symbiose fusiformer Bazillen mit grobwelligen Spirochäten vermißt, vielmehr ein differenter mikroskopischer Befund von plumpen, rechteckig abgestutzten, grambeständigen Bazillen festgestellt, deren Züchtung mißglückte. Der klinische Verlauf wich von dem der Nosokomialgangrän insofern ab, als bei fehlendem putriden Geruch und mehr oberflächlichem Sitz der Affektion, selbst ohne Therapie, eine verhältnismäßig rasche Besserung sich einstellte, die später auf ärztliches Eingreifen in kurzer Zeit zur Heilung führte.

Im Anschluß an diese Beobachtung hat Verfasser auf diese eigenartigen Geschwüre näher geachtet und kann noch einige ähnliche Fälle berichten. Er kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Es gibt eine bisher wenig bekannte Geschwürsform des Genitales, die weitgehende klinische Ähnlichkeit mit dem Ulcus venereum oder mit gangränösen Genitalgeschwüren besitzt und nach den bisherigen Beobachtungen ausschließlich Frauen und namentlich ältere Mädchen und Virgines intactae befällt.

2. Als Erreger dieser eigenartigen Geschwürsform kommen grampositive Bazillen in Betracht, die sowohl in Ausstrichpräparaten als auch im Schnitt in großen Mengen nachgewiesen werden können. Von den DUCREYschen Bazillen und von den bei gangränösen Geschwüren des Genitales zu erhebenden mikroskopischen Befunden (fusiformen Bazillen und Spirochaetae refringentes) lassen sich die gefundenen Stäbchen morphologisch sehr leicht unterscheiden; ob sie den Fadenbakterien zugerechnet werden können, konnte bisher nicht entschieden werden.

3. Der beschriebene Geschwürsprozeß stellt trotz seiner infektiösen Natur keine durch den Geschlechtsverkehr übertragene Krankheit dar, vielmehr sprechen zahlreiche Momente für die Möglichkeit einer Autoinfektion beziehungsweise für die Mutation der beschriebenen Bazillen.

Digitized by Google

4. Dieser Affektion — deren Diagnose durch Anfertigen eines Ausstrichpräparates leicht erhärtet werden kann — kommt sowohl in theoretischer Beziehung als auch in praktischer und namentlich in forensischer Hinsicht Bedeutung bei. Klinisch ist der Geschwürsprozeß durch seinen rein örtlichen Charakter und gutartigen Verlauf ausgezeichnet.

20. Über einen Fall von Papillomata accuminata der Lippenschleimhaut, von RICH. WAGNER-Prag. In dem eigenartigen Falle handelt es sich um einen 66 jährigen Mann, der seit 20 Jahren von seiner Affektion gepeinigt wurde, dieselbe auch schon verschiedentlich einer Behandlung unterzog, aber stets Rezidive erlebte. Ätiologisch ist hervorzuheben, daß der Patient ein sehr starker Pfeifenraucher war, der frühzeitig seine Zähne verloren hat. Der Druck des Pfeifenmundstückes, der chemische Reiz des Tabaksaftes, sowie möglicherweise die durch das Saugen an der Pfeife bedingten Druckschwankungen im Gefäßsystem sind als die ursächlichen Momente für die Entstehung der Affektion anzusprechen.

21. Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach HERXHEIMER-ALTMANN (Salvarsan-Tuberkulinmethode), von ROBERT BERNHARDT-Warschau. In 6 Fällen von Lupus, die er berichtet, hat Verfasser Salvarsan-Tuberkulin kombiniert angewendet und recht gute Erfolge gesehen, die besonders auffällig waren in der außerordentlich raschen Vernarbung oberflächlicher lupöser Ulzerationen. Sehr gut war auch die Wirkung der Methode auf den Verlauf des Lupus vulgaris der Schleimhäute. Hier wurde nach kurzer Zeit eine fast vollständige Heilung ohne irgend welche Lokalbehandlung erzielt.

Das Salvarsan wurde nur intravenös, fast ausschließlich in Dosen von 0,30 injiziert, Injektionen, die ursprünglich alle 9—12 Tage, später jedoch nur alle vier Wochen ausgeführt wurden, da die Wirkung der selteneren Injektion besser zu sein schien, vorausgesetzt, daß Tuberkulin in der Zwischenzeit in energischen Dosen verabreicht wird.

22. Über abortive Behandlung der Blennorrhöe insbesondere der hinteren Harnröhre, von CARL CRONQUIST-Malmö. Für eine Abortivkur stellt Verf. mit ENGELBRETH die Forderungen auf, daß 1. keine Entzündung des Orificium urethrae bestehen und 2. die erste Harnportion nicht trüb sein darf, sondern klar mit Flocken sein muß. Unter solchen Umständen genügen gewöhnlich zwei vom Arzt vorgenommene Injektionen mit 2% Albargin.

Noch wichtiger erscheint ihm die Abkürzung des Blennorrhöeverlaufes bei Komplikationen. Er hat die Erfahrung gemacht, daß beim Auftreten einer Urethritis posterior nicht abgewartet werden darf, sondern gleich vom ersten Tage ab, vom ersten klinischen Auftreten der Urethritis posterior mit täglich zweimal vorgenommenen JANETschen Spülungen eingesetzt werden muß; dadurch gelingt es meist, die zweite Harnportion sehr bald wieder völlig klar zu bekommen.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Zentralblatt.

Bd. 16, Nr. 1, Oktober 1912.

1. Über ein neues Prophylaktikum „Virilact" gegen venerische Infektion. von KARL ULLMANN-Wien. In dem Artikel, der fortgesetzt wird, äußert sich Verfasser über den Wert und Unwert der verschiedenen Prophylaktika im allgemeinen und betont an der Hand verschiedener Beispiele, daß alle Prophylaktika in erster Linie ganz unschädlich und selbst möglichst reizlos sein müssen, ein Punkt, der wichtiger ist als die so oft behauptete und doch stets fragliche „absolute Sicherheit"

Digitized by Google

ihrer Wirkung. Weiterhin betont er, daß kein Prophylaktikum ohne genaue ärztliche Instruktion abgegeben werden soll.

2. Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung, von HANS MERZ-Basel. Verfasser hat etwa seit Jahresfrist das von KAUFMANN hergestellte lösliche Schwefelpräparat Sulfoform in zahlreichen Fällen von Seborrhoea capillitii verwendet und geprüft und ist dabei zu der Überzeugung gelangt, daß es zurzeit das wirksamste Schwefelpräparat gegen diese Affektion ist. Er geht folgendermaßen vor: Während der ersten acht Tage wird täglich einmal der Kopf scheitelweise mit ziemlich starker Bürste mit (nicht zu konzentriertem) Spiritus saponatus kalinus tüchtig gereinigt. Den entstehenden Schaum läßt man 15—20 Minuten eintrocknen und spült dann mit reichlichen Mengen warmen Wassers das teils mechanisch, teils chemisch gelöste Material ab. Hierauf werden die Haare getrocknet (Föhn). Die nun folgende Applikation des Sulfoforms kann in Salbenform oder öligen Lösungen erfolgen, und zwar wird dasselbe wiederum mit der Bürste eingerieben. Angenehmer als die ölige Lösung ist die alkoholisch-ölige Lösung, die aber wegen Gefahr einer Reizung nur mit dem Finger eingerieben werden darf. Ist diese Behandlung acht Tage exakt und energisch durchgeführt worden, so müssen für die folgenden Wochen wöchentlich zwei Waschungen, weiterhin aller 8, 14 Tage, schließlich 3 Wochen je eine vorgenommen werden.

Zu einer tonisierenden Behandlung der oft schlaff gewordenen Haut hat sich Verfasser mit großem Vorteil der Uviollampe bedient. Die einzelnen Sitzungen dauern 25—40 Minuten in 5—10 cm Distanz und werden in 4tägigen Intervallen dreimal vorgenommen, worauf eine 4wöchige Ruhepause zu folgen hat.

In 72 Fällen hat Verfasser nur 15 Rezidive gesehen bei exakter Durchführung dieser Behandlung. W. Lehmann-Stettin.

Folia Urologica.

Bd. 7, Nr. 3, Oktober 1912.

1. Ein Fall von ungewöhnlicher Form von Staphylomykose in der einen Niere in Verbindung mit einem kleinen paranephritischen Abszeß, von G. EKEHORN-Upsala. Es handelt sich um einen Fall von Staphylomykose in dem unteren Pol der rechten Niere bei einem 16jährigen Jüngling. Die Staphylomykose, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf hämatogenem Wege entstanden war, trat nicht in heftiger akuter Form, sondern mehr chronisch auf. Nach der Nephrektomie, die sich als nötig erwies, da der Zustand des Patienten sich nicht besserte und Fieberanfälle und heftige Schmerzattacken auftraten, kam der Patient zur Gesundung. Trotz der makroskopisch auffallenden Ähnlichkeit mit Aktinomykose ließ sich bakteriologisch nur eine Staphylokokkeninfektion feststellen.

2. Zur Frage der abortiven Behandlung der Urethritis blennorrhoica, von HUGO V. FELEKY-Budapest. „Meldet sich der Kranke zu einem Zeitpunkte, da die subjektiven und objektiven Erscheinungen noch gering sind, dann bestrebe man sich, durch Anwendung der antiparasitären Arzneikörper die Gonokokken abzutöten und so die Erkrankung auf die vordere Harnröhre zu lokalisieren; sind aber die entzündlichen Erscheinungen bereits lebhafte, so steigere man sie nicht durch sofortige Anwendung der bakteriziden Mittel, deren Wirkung unter solchen Umständen ohnedies eine problematische ist, sondern beginne die Behandlung mit den adstringierenden, entzündungsstillenden Injektionen, und gehe erst zu einem Zeitpunkte auf die antiseptischen über, da die Rückbildung des inflammatorischen Pro-

Digitized by Google

zesses nachgelassen und die Anwendung dieser ohne Nachteil herangezogen werden kann."

Eine Abortivbehandlung ist in allen Fällen der akuten Blennorrhöe zu versuchen, sofern der Kranke sich rechtzeitig meldet, d. h. wenn sowohl die objektiven als die subjektiven Erscheinungen noch ganz geringe sind; also in den allerersten Tagen, im Stadium der kaum merklichen Endzündungserscheinungen, solange die Schleimhaut noch nicht sichtlich geschwollen, die Ausscheidung gering und makroskopisch schleimig erscheint und die subjektiven Empfindungen höchstens in kaum fühlbarem Jucken oder Brennen bestehen.

Statt der Spritze nimmt man das Endoskop, da es mit demselben leichter gelingt, die Schleimhaut einer gleichmäßigen, dabei energischen Behandlung zu unterziehen, ohne Verletzungen zu verursachen. Beim Herausziehen des Tubus wird die Schleimhaut mit einem relativ umfangreichen Tampon ausgepinselt, der mit 2½ %iger Arg. nitr.-Lösung getränkt ist oder bei vorhandener etwas stärkerer Reaktion mit Protargol, Albargin oder Largin in 10 %iger Glyzerinlösung.

In 446 Fällen erstreckte sich die Dauer der mit lokalem Eingriff verbundenen Behandlung bis zum Wegbleiben der für die Blennorrhöe charakteristischen diagnostischen Merkmale auf 4—13 Tage. Das vollkommene Schwinden aller subjektiven und objektiven Erscheinungen nahm außerdem noch eine kürzere oder auch etwas längere Zeit in Anspruch.

3. Über ein neues Harnantiseptikum, von Gustav Fischer-Budapest. Die entzündungsherabsetzende und epithelregenerierende Eigenschaft der Kampfersäure wurde benutzt, um zusammen mit dem bekannten desinfizierenden Hexamethylentetramin ein einheitliches Salz herzustellen, das kampfersaure Hexamethylentetramin, das unter dem Namen Amphotropin in den Verkehr gebracht wird. Das in gleicher Weise und in gleicher Dosis wie Urotropin verabreichte Mittel hat sich im Laufe einer längeren Beobachtungszeit auf der urologischen Abteilung v. Felekys recht bewährt, insonderheit wurden unangenehme Nebenwirkungen nicht beobachtet.

4. Ein Fall von protrahierter Anurie nach Sublimatvergiftung, von G. A. Kolossow-Smolensk. Ein 23jähriger junger Mann nahm in selbstmörderischer Absicht 12 g Sublimat in Wasser; obwohl er bald danach erbrechen mußte, hatte er doch so viel Sublimat aufgenommen, daß er am siebenten Tage unter vollkommener Anurie und Kollapstemperatur zugrunde ging. Während der ganzen Zeit hat der Patient keinen Harn gelassen. In der Niere befanden sich neben Zeichen parenchymatöser und Glomerulonephritis Kalkablagerungen, deren Entstehung sich nicht recht erklären ließ. Die größte Eigentümlichkeit des Falles liegt in dem Umstande, daß der Patient trotz der vollständigen Anurie und trotz der hochgradigen Veränderungen des Magendarmkanals fast während der ganzen Krankheit sich in ziemlich befriedigendem Allgemeinzustand befand und Erscheinungen von Urämie fehlten.

5. Die klinische und physiologische Bedeutung der Chromokystoskopie auf Grund der einschlägigen Literatur, von J. Pollak-Berlin. Übersichtsreferat.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Bd. 7, Nr. 10, Oktober 1912.

1. Die Wassermannsche Reaktion, ihre Interpretation und Fehlerquellen, von A. Lévy-Bing und M. Dogny. Die seit Freudenberg hier und da immer

Digitized by Google

wieder auftauchenden Berichte von verschiedenem Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion gleichen Untersuchungsmaterials an verschiedenen Instituten haben die Verfasser zu erneuten genauen Untersuchungen über die Zuverlässigkeit der Reaktion veranlaßt. Sie legen genau die Einzelheiten des Verfahrens in einer Reihe ihnen bekannter Institute dar und zeigen die Verschiedenheiten des Vorgehens und die Fehler, die hier und da in der Technik liegen. Es ist für sie eine ausgemachte Sache, daß der WASSERMANN als solcher eine absolut zuverlässige Reaktion ist, und daß nur die Ausführung zu wünschen übrig läßt bzw. daß die vielen publizierten und oft nicht publizierten persönlichen Modifikationen ebensoviel Fehlerquellen in sich tragen. Nur die Originalmethode kann auf absolute Zuverlässigkeit Anspruch machen; dazu gehört vor allem auch, daß das Antigen aus hereditär-syphilitischer Leber hergestellt und nicht durch Organextrakt ganz anderer Art ersetzt werde. Wichtig erscheint den Verfassern auch, daß nie käuflich zu habendes Antigen benutzt werden soll, sondern stets ein Antigen, das der Untersucher sich selbst nach den Vorschriften WASSERMANNS hergestellt hat. Sie geben die Schwierigkeiten dieses Verfahrens zu, die besonders groß im Hinblick darauf sind, daß auch hereditär-syphilitische Lebern nicht immer brauchbaren Extrakt geben, mitunter unter zehn Organen nur eines, und daß das auf diese Weise hergestellte Antigen stets auf seine Wirksamkeit fortlaufend zu prüfen ist. In ähnlicher Weise dogmatisch sind ihre Ausführungen über das Komplement. Zu alledem kommt nach den Erfahrungen der Verfasser, daß selbst bei einwandfreiestem Material und absolut fehlerloser Technik die Deutung der gewonnenen Befunde durchaus nicht immer leicht und frei von Mißverständnissen ist; auch hier ist nötig, daß ein absolut geübter Untersucher sein Urteil abgibt.

2. Das Antigen in der WASSERMANNschen Reaktion, von A. DESMOULIÈRE. D., dessen Methode in der vorhergehenden Arbeit anderen Untersuchern als lobenswertes Beispiel gegenübergestellt wurde, berichtet in dieser Arbeit von seinen Versuchen, das aus hereditär-syphilitischer Leber hergestellte Antigen durch ein einfacheres zu ersetzen. Versuche, die damit endigten, daß er glaubt, in einer Mischung von Cholesterin und verdünntem alkoholischen Extrakt (syphilitischer Leber) ein Antigen gefunden zu haben, das in jedem Falle gute Resultate gibt.

3. Ein Todesfall nach Neosalvarsaninjektion, von GEORGES LÉVY. Ein junger Mann von 20 Jahren mit syphilitischem Schanker der Unterlippe, den er angeblich erst seit zwölf Tagen bemerkt hat, hat bereits positiven WASSERMANN. Er bekommt 0,45 Neosalvarsan und in Zeitintervallen von je einer Woche noch zweimal je 0,6. 36 Stunden nach der letzten, im übrigen gut vertragenen Injektion erscheint ein scharlachartiger Ausschlag unter gleichzeitiger Temperatursteigerung, die bis zu 40° geht. Puls 100—130, klein und unregelmäßig, schwere Dyspnoë, sehr schlechter Allgemeinzustand. Im Urin ist nichts Pathologisches nachzuweisen. Der schon tagelang komatöse Patient geht in einem Dyspnoëanfall am 14. Tage zugrunde. Autopsie wurde nicht gestattet. W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Diseasis of the Skin and the Eruptive Fevers (Hautkrankheiten und fieberhafte Exantheme), von JAY FRANK SCHAMBERG-Philadelphia. 2. Auflage. (Philadelphia und London, W. B. Saunders Company, 1911.) Die soeben herausgegebene 2. Auflage des bekannten Lehrbuches von SCH. ist in mancher Hinsicht erweitert und

Digitized by Google

verbessert worden. So ist der Artikel über die Behandlung der Syphilis vollkommen umgearbeitet worden, um die neue Behandlung mit Salvarsan und die Serodiagnose dem heutigen Stand der Kenntnisse entsprechend vorzutragen. Wesentlich erweitert ist der Artikel über Pellagra, die bekanntlich in den Südstaaten der amerikanischen Union in den letzten Jahren große Ausbreitung und erhöhte Bedeutung gewonnen hat. Einige andere Artikel sind ebenfalls neu hinzugekommen, so über Sporotrichose, Vakzinetherapie und Kältebehandlung, insonderheit mit Kohlensäureschnee.

Wie andere amerikanische Lehrbücher umfaßt das Werk SCH.S eine genaue Besprechung aller kutanen Erscheinungen der sogenannten fieberhaften Exantheme und anderer Allgemeinerkrankungen, die immer oder manchmal mit Symptomen der äußeren Bedeckung einhergehen; es ist gar keine Frage, daß es diagnostisch von der äußersten Bedeutung ist, mit diesen Dingen aufs genaueste Bescheid zu wissen, wie es ja auch bei uns sehr häufig passiert, daß der Hautspezialist bei solchen Erkrankungen zur Konsultation zugezogen wird, und daß es deshalb nicht praktisch und nicht angängig ist, diese Seite unseres Faches vollkommen als nicht zur Spezialität gehörig zu betrachten. Immerhin ist zu bedenken, daß die Hauptbedeutung dabei der Variola und all ihren Komplikationen zukommt, wie es sich auch schon äußerlich im Umfang dieses Kapitels kennzeichnet, nicht nur in dem Buche von SCH., sondern auch in anderen englisch geschriebenen Lehrbüchern; diese Bedeutung haben die Pocken für uns in Deutschland ja glücklicherweise verloren.

Besonders in diesem Teil des Buches tritt die präzise und klare Schreibweise hervor, die zwar oft manchmal etwas dogmatisch klingt, aber für den jungen Arzt und Studenten, für die das Buch in erster Linie geschrieben ist, besser ist, als langatmige Erklärungen mit Abwägung des Für und Wider, wie wir sie so oft in deutschen Büchern zu lesen bekommen. Natürlich hat die apodiktische Darstellungsweise auch ihre großen Schattenseiten. Dies tritt besonders hervor, wenn man den Abschnitt über Syphilis durchliest: daß die WASSERMANNsche Reaktion bei positivem Ausfall aktive Syphilis, d. h. die Anwesenheit lebender Spirochäten bedeutet und immer und in jedem Falle Indikation zur Behandlung abgeben soll, dürfte von vielen Seiten bestritten werden und in der ausgesprochenen Form auch für Studenten nicht das Richtige sein. Auch die Bewertung der Salvarsanbehandlung fordert Widerspruch geradezu heraus.

Im allgemeinen aber ist die Auswahl der einzelnen Erkrankungen und die ihrer Bedeutung entsprechende, auch äußerlich sich kennzeichnende Behandlung gut. Die Aufnahme ganz seltener Erkrankungen, so des bisher vom Verfasser fast allein beschriebenen „grain itch", ist für ein Lehrbuch nicht gerade praktisch, mag dasselbe aber in seiner Vollständigkeit für Spezialisten wertvoll machen.

Ausgezeichnet ist die Ausstattung des Werkes und die Wiedergabe der zahlreichen Photographien, die so gut und so scharf reproduziert sind, daß man fast immer vom Bild allein eine Diagnose stellen kann, und das will bei Hautkrankheiten, wo wir gewohnt sind, nur in kolorierten Bildern mit lebenswahren Farben ein Äquivalent für lebendes Material zu sehen, sehr viel sagen. Schon dadurch wird das Buch neben der bereits gekennzeichneten Kürze und Prägnanz der Darstellungsweise außerordentlich wertvoll und empfehlenswert.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Hautarterien des menschlichen Körpers, von F. Walcker-St. Petersburg. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 117, Heft 3—4.) Der Verfasser injizierte die Arterien mit einer Masse aus fünf Teilen Kreide, einem Teil Olivenöl und aus Zinnober und Benzin quantum satis, um sie für Röntgenbestrahlung undurchgängig zu machen. Darauf wurden die Hautlappen mit der Fascia superficialis präpariert und über eine Röntgenplatte ausgebreitet zur Herstellung von Röntgenogrammen. Von diesen enthält die Arbeit acht Abbildungen, aus denen hervorgeht, daß die Verteilung der Blutgefäße in der Haut gewisser Gesetzmäßigkeit zu unterworfen sein scheint. Die Körperteile, welche oft gedrückt, gerieben oder durch andere mechanische Insulte gereizt werden, sind mit einer Haut bedeckt, die reich an Gefäßen ist. So ist z.B. die hintere mediale Oberfläche des Oberschenkels, die einer beständigen Reibung während des Gehens unterworfen ist, sehr reich an Hautarterien. Das gleiche gilt von der medialen Seite des Oberarmes, der vorderen Seite des Unterarmes, der Kniescheibe, den Glutäen usw. Schourp-Danzig.

Der Haarwuchs, von M. Schein-Budapest. (Bör-és Bujakórtan, Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag, 1912, Nr. 2.) Je länger ein Haar wird, desto rascher wächst es. Bei einem erwachsenen Individuum beläuft sich das Lebensalter des einzelnen Haares auf 2—6 Jahre. Es wächst anfangs rasch, in zehn Tagen 2—5 mm. Wenn es aber die Mitte seines Lebens überschritten hat oder zwei Jahre alt ist, wird das Wachstum langsamer. Wenn das Haar sich dem Ende seines Lebens nähert, nimmt das Wachstum derartig ab, daß es in je sechs Wochen nur eine geringe Zunahme aufweist. Porosz-Budapest.

Über Chemie der Haut, von F. Luithlen-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Verfasser hat eine Reihe Untersuchungen an Katzen und Kaninchen angestellt, um festzustellen, ob die Reaktion der Haut gegen entzündungserregende Reize bei verschiedener Ernährung verschieden ist. Er glaubt, eine deutliche Beeinflussung nachgewiesen zu haben. Ferner geht aus seinen Befunden, die er in dieser Arbeit nur kurz andeutet und ausführlich an anderer Stelle mitteilen will, hervor, daß sowohl bei verschiedener Ernährung als bei Vergiftungen (Versuche mit Salzsäure und Arsen) wesentliche Veränderungen der chemischen Zusammensetzung der Haut auftreten. W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Chemie der Verhornung, von Hugo Fasal-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) F. fand eine sehr bedeutende und auffallende Anreicherung von Tryptophan in verhornter Haut im Gegensatz zur Haut selbst und zu den eigentlichen Horngebilden, wie Nägel und Haare. Schourp-Danzig.

Beiträge zur Lehre von der Hautsensibilität, von Goldscheider-Berlin. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 75, Heft 1 und 2.) G. wendet sich gegen die Alrutzsche Theorie der Hitzeempfindung und hält die Einwände von Alrutz gegen seine Untersuchungen über die Topographie des Wärmesinnes für unberechtigt. Schourp-Danzig.

Die physiologische Pigmentierung der Schleimhäute, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., Bd. 119, Nr. 28.) Es existiert eine physiologische Pigmentierung der Mundschleimhaut. Sie kommt gewöhnlich bei farbigen Rassen, seltener bei der weißen Rasse vor; in letzterem Falle ist sie ein Rückschlag oder ein Kennzeichen

Digitized by Google

früherer Kreuzung. Die Pigmentierungen im Munde haben daher nur einen relativen Wert für die Diagnose des Morbus Addisoni; bei Zigeunern überhaupt keinen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß alle pathologischen Pigmentierungen nur Exazerbationen rudimentärer physiologischer Pigmentflecke sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Bedeutung der Anpassung der Fische an den Untergrund für die Auffassung des Mechanismus des Sehens, von Jacques Loeb. (Centralbl. f. Physiolog. Bd. 25, Nr. 22.) Die vorliegende Arbeit ist eigentlich nur als eine vorläufige Mitteilung zu betrachten. Loeb geht davon aus, daß Fische Farbe und Muster ihrer Haut dem Untergrunde des Mediums, in dem sie leben, anpassen, aber nur dann, wenn das Retinabild erhalten ist; wenn dieses vernichtet ist (z. B. durch Exstirpation der Augen) oder die Optikusfasern oder Optikusganglien im Gehirn zerstört sind, oder endlich die Sympatikusfasern, die zu den Pigmentzellen der Haut gehen, außer Funktion sind, dann kommt keine „Anpassung" zustande. Der bestimmten Anordnung verschiedener Lichtpunkte auf der Netzhaut der Fische, entspricht eine ähnliche Anordnung der Lichtpunkte auf der Haut des Fisches. Jeder Punkt des Retinabildes ist ein Reizpunkt, der einen entsprechenden Bildpunkt in den primären Optikusganglien hervorruft, der seinerseits wieder als Reizpunkt auf einzelne Chromotophore der Haut wirkt. Und so komme man auf den Gedanken, daß das Sehen eine Form von Telephotographie sei für Farbe und Muster. Lasch-Breslau.

Mikroskopische Technik.

Neue, einfache und sichere Methode zur Spirochätenfärbung im Ausstrich, von J. Sabrazés. (Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux, 18. Februar 1912.) Man legt einen Tropfen Ziehlsches Phenolfuchsin, mit 3—5 Teilen destilliertem Wasser verdünnt, auf ein Deckgläschen und kippt dasselbe auf das trockene, nicht fixierte Ausstrichpräparat. Mit 800—1000facher Vergrößerung und starker Lichtquelle sieht man die Syphilisspirochäten leicht. Man kann sie von anderen Spirochäten durch ihre Nichtfärbbarkeit mit Methylenblau 1:500 unterscheiden. Das Präparat wird von einem Rand von Paraffin zum längeren Aufbewahren umgeben. A. Gunsett-Straßburg.

Eine einfache Färbung der Spirochaeta pallida, von Ruth Tunnicliff-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 1. Juni 1912.) Empfehlung einer schon bekannten Färbungsmethode: einer 5%igen Karbolsäurelösung werden 10% einer gesättigten alkoholischen Gentianaviolettlösung zugesetzt. Fixierung ist nicht nötig, kann jedoch über der Flamme geschehen. Die Färbung ist in 2—3 Sekunden vollendet. Fendt-Wiesbaden.

Bakteriologie.

Spirochäten im Mund, von A. A. Thibaudeau-Buffalo, N. Y. (Journ. amer. med. assoc., 10. August 1912.) Verfasser ließ durch Studenten normale Mundhöhlen auf Spirochäten untersuchen; Ausstrichpräparate wurden genommen von den Zahnfleischrändern und der Zungenwurzel. Die Hauptarten von Spirochäten wurden gefunden: 1. die große Spirochaeta buccalis, 2. die mittelgroße Sp. dentium, 3. die schmale, sehr zarte Sp. microdentium. Diese letztere kann leicht mit der Sp. pallida verwechselt werden. Verfasser selbst hat dann noch 149 Mundhöhlen untersucht; in 61 oder 40,9% fand er Sp. microdentium. Bei 9 von diesen Fällen lag anamnestisch Syphilis vor. Die Diagnose der Syphilis auf Grund im Munde nachgewiesener „Pallidae" ist hiernach wenig zuverlässig. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Vereinfachte Kulturmethode der Spirochaeta pallida aus menschlichem Material, von P. Arnheim-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Luetische Papeln und Sklerosen werden unter aseptischen Kautelen entnommen (bei weiterem Transport vor Austrocknung mit physiologischer Kochsalzlösung auf sterilen Tupfern und Gummipapierhülle geschützt). Wenn man hiervon im Dunkelfeld zahlreiche Spirochäten festgestellt hat, werden nach Abglühung der Oberfläche die Innenseiten des Materials mit einem Messerchen geschabt und minimale Mengen mit der Platinöse in Röhrchen mit flüssigem Serumagar von 42° eingetragen und damit Verdünnungen angelegt (hochgeschichtete Serumagarkulturen). Mindestens vier Ausgangsröhrchen und davon je vier Verdünnungen werden angelegt. Außerdem kommen in mindestens vier Serumagarscheiben kleinere Gewebsstückchen.

Es entstehen stecknadelkopfgroße, hauchartige Kolonien von penetrantem Geruch, der von mikrobiotischen Beimengungen stammt. V. Caesar-Dresden.

Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von Nakans-Breslau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Verfasser hat die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida erfolgreich versucht. Als Nährbodenmaterial diente ihm Pferdeserum, Serumagar, Serumaszites, Serumpeptonagar. Als Ausgangsmaterial benutzte er spirochätenreiche Lymphflüssigkeit von einem Ulcus durum (Kaninchen), Ulcus durum (Mensch) und breiten Kondylomen. Aus diesem Impfmaterial hat er Spirochäten gezüchtet, jedoch stark mit anderen Bakterien vermischt, die erst allmählich bei Weiterimpfung an Zahl abnahmen. Von anderen Forschern war nachgewiesen, daß Spirochäten schneller durch ein Berkefeldfilter hindurchwachsen als andere Bakterien. Dies benutzte Verfasser bei seinen Arbeiten. Die Kultur der Spirochaeta pallida im Filter-Kulturapparat erscheint an der Außenseite des Bakterienfilters 3—10 Tage nach der Impfung als grauweiße Kolonie. Die Kulturspirochäta selbst ist an Gestalt der aus dem kranken Gewebe sehr ähnlich. Während sie bei gruppenweiser Anordnung bewegungslos ist, zeigt sie vereinzelt eine peitschende Bewegung. Von 17 geimpften Kaninchen zeigten sich bei einem Erscheinungen mit Spirochätenbefund. So ist nun die Beweiskette dafür geschlossen, daß Spirochaeta pallida die Erregerin der Lues ist. Ihre Reinzüchtung und die Überimpfung der Kultur auf Tiere ist ermöglicht. Kobligh-Dresden.

Reinzüchtung der Syphilisspirochäten, von J. Scherbschewsky-Moskau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Verfasser hat für die Reinzüchtung der Syphilisspirochäten folgende Methode festgestellt: Die Sp. wachsen in Reinkultur auf koaguliertem Pferdeserum, wenn 5—6 Tage nach der Impfung einer Papel alles Wachstum oberhalb der Papel durch 70% Alkohol zerstört wird und die tiefer eingedrungenen Spirochäten, die der Alkohol nicht erreicht hat, noch weiter fünf Tage bebrütet werden. Kobligh-Dresden.

Ein Beitrag zur Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von Tomasczewski-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida gelang aus einer Spirochätenmischkultur durch Übertragung aus dem Pferdeserum auf Serumagarröhrchen. Die Kulturen waren geruchlos, morphologisch von der Gewebepallida nicht zu unterscheiden. Unter zahlreichen Impfungen erkrankte nur ein intravenös mit Mischkultur geimpftes Kaninchen mit Papeln an der Glans und am Präputium, fünf mit Reinkultur intravenös geimpfte Tiere blieben während einer sechswöchigen Beobachtungszeit gesund. H. Lautsch-Graudenz.

Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida und der nadelförmigen Bakterien aus syphilitischem Material, mit besonderer Berücksichtigung der Reinkultur von Spirochaeta dentium und des Bacillus fusiformis aus der Mundhöhle

Digitized by Google

von TOHIO SHMAMINE-Tokio. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 65, Heft 4—5.) Die ausgedehnten, am hygienischen Institut zu Breslau vorgenommenen Untersuchungen kamen zu folgenden Schlußergebnissen: Die Spirochaeta dentium wächst stets in dem vom Verfasser (mittels Pferdeserum) hergestellten Nährboden. Spirochaeta pallida wächst nicht jedesmal, aber doch nach SH.s Erfahrung günstiger als in SCHERESCHEWSKYschem Nährboden. Bei der Züchtung mittels Stichkultur ist es empfehlenswert, aus dem Ursprungsmaterial in hart oder mittelhart erstarrtes Serum zu impfen, und zur Isolierung von den anderen gewachsenen Keimen weicher erstarrtes Serum zu benutzen. Die sicherste Methode für die Reinzüchtung der Spirochäten ist diejenige der Schüttelkultur. Dieselbe ist durch die von SH. angegebene Technik bedeutend erleichtert. Die kulturellen Unterschiede zwischen Spirochaeta dentium und Sp. pallida (Geruch, Form und Dichte der Kolonie) lassen sich zur Differentialdiagnose verwerten. Die Spirochäten verändern im künstlichen Nährboden ihre Form, Beweglichkeit und Färbbarkeit. Die verschiedenen Formen zeigen viele Übergangsstadien; es kann sogar eine und dieselbe Spirochäte einen pallida- und einen refringensähnlichen Teil besitzen. Die nadelförmigen Bakterien können im Verlaufe der Züchtung, mitunter sogar schon in der zweiten Generation, in Spirochätenformen übergehen. In Reinkulturen von Spirochaeta pallida findet man Refringensformen. Die Spirochaeta refringens stellt höchstwahrscheinlich nur eine Entwicklungsform von Spirochaeta pallida dar. Es ist gelungen, einen gezüchteten Pallidastamm bis in die zweite Tiergeneration zu übertragen. Schließlich gibt Verfasser, der beinahe zwei Jahre hindurch sich diesen mühsamen Untersuchungen unterzogen hat, noch eine kurze Beschreibung seiner einfachen Schnellfärbungsmethode der Spirochäten (mit 4%iger Kalilauge und Fuchsinlösung oder 4—5%iger Natriumkarbonatlösung und wässeriger Kristallviolettlösung) und eine Übersicht der sorgfältig studierten einschlägigen Literatur (43 Arbeiten). Stern-München.

Zur Züchtung der Spirochaeta pallida, von HIDEYO NOGUCHI-New York. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Verfasser berichtet über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, die er sowohl aus syphilitischen Kaninchenhoden wie menschlichem Ausgangsmaterial rein zu züchten vermochte. Für ersteres Material eignet sich Serumwasser von Kaninchen, für letzteres Aszitesagar, in beiden Fällen erwies sich Zusatz eines frischen sterilen Gewebestückchens als notwendig. Strikt anärobes Wachstum ist erforderlich, die Kulturen entwickeln keinen Geruch. Die Züchtungsresultate waren morphologisch in keiner Weise von Pallida zu unterscheiden. Sie erwiesen sich als pathogen für Affen und Kaninchen, bei denen sich wiederholt allmählich positive WASSERMANNsche Reaktion entwickelte. Sie gaben spezifische Komplementbindungsreaktion mit den Antipallidaimmunseren. Endlich vermag ein Pallidakulturextrakt (vom Verfasser Luetin genannt) eine allergische Hautreaktion in gewissen Fällen von Syphilis des Menschen sowie bei Antipallidaimmuntieren auszulösen. Die Komplementbindungsreaktion und die allergische Hautreaktion werden vom Verfasser als Hauptbeweis dafür angesehen, daß seine Züchtungsresultate wirklich Spirochaeta pallidae sind. H. Lautsch-Graudenz.

Die Identifikation der Spirochaeta pallida beim Kulturverfahren, von HIDEYO NOGUCHI-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Okt. 1912.) Um die Sp. pallida in der Kultur zu identifizieren, sind acht Forderungen zu erfüllen. Morphologisch kann die Pallida verwechselt werden mit Spirochaeta mirodentium und Spirochaeta mucosa. Fendt-Wiesbaden.

Einfluß hämolytischer Stoffe auf Spirochäten (Spironemacea), von S. v. PRO-

Digitized by Google

WAZEK. (Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66, Heft 5—6.) In Fortsetzung früherer Versuche (mit Saponin und Sapotoxin als Trypanosomen immobilisierenden Substanzen) berichtet P. über weitere mit taurocholsaurem Natrium. Es geht ihm aus all diesen Experimenten hervor, daß es sich bei denselben eher um eine physikalische als eine chemische Erscheinung handelt. Während 10 % iges Saponin gewaschenes Hühnerspirochätenmaterial vollkommen immobilisierte, löst 10 % iges (20 % iges) taurocholsaures Natrium dasselbe völlig auf; im Dunkelfeld sowie in LÖFFLER-Präparaten sind eine Zeitlang noch die Schatten der Spirochätenleiber sichtbar. Stern-München.

Über das Vorkommen des Tuberkelbazillus im strömenden Blute des Tuberkulösen (II. Mitteilung), von TEYI KURASHIGE-Osaka. (Ztschr. f. Tuberk., Bd. 18.) Verfasser fand mit seiner Antiforminmethode bei allen Phthisikern konstant eine tuberkulöse Bazillämie. Viktor Caesar-Dresden.

Hygiene.

Zahn- und Hautpflege, von BAUER-Nord-Malben. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 11.) Ebenso wie es zweckmäßig ist, vor dem Einschlafen die Zähne zu bürsten, soll die bisher morgens übliche Waschung auf den Abend verlegt werden zwecks Schonung der bei manchen Kindern empfindlichen Haut. Morgens genügt dann feuchtes Auswischen der Augen. Schourp-Danzig.

Die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Ungarn, von J. DAVIDOVICS-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 34—35.) Im ungarischen Reiche standen am 15. Januar 1905 41 534 geschlechtskranke Individuen unter Behandlung, 21,5 pro 10 000. In Preußen am 30. April 1900 kamen auf 10 000 Seelen 18,5 Erkrankungen. Die deutsche Statistik nimmt die Erkrankungen im Verhältnisse zu der Bevölkerung über 15 Jahren, während in der ungarischen Statistik die gesamte Bevölkerung in Berechnung gezogen wird mit Rücksicht darauf, daß die blennorrhoischen Augenerkrankungen der Neugeborenen und auch hereditäre Lues in die Statistik aufgenommen ist. Wenn man aber die preußische Statistik im Verhältnis zu der ganzen Bevölkerung nimmt, fallen in Preußen auf 10 000 Seelen 12,3 Erkrankungen. Bei der Verteilung nach dem Geschlechte findet man auch in der Statistik Ungarns die BLASCHKOsche Proportionszahl, nach der auf eine weibliche Erkrankung drei männliche entfallen. Frauen machen etwa 50 % der Einwohnerschaft aus. Die ungünstigste Statistik geben Szatmár 170,0, Marosvásárhely 149,0, Kolozsvár 148,0, Budapest 141,0, Pécs 122,0, Nagyvárad 103,0 (auf 10 000 Einwohner gerechnet). In Budapest haben 90 % der Patienten ambulante Behandlung bekommen. Unter der Behandlung von Militärärzten standen insgesamt 1580. Auf 1000 Soldaten der Garnison entfallen in Budapest 14, in Pozsony 17, in Kolozsvár 22, in Pécs 25, in Pancsova 30. In einzelnen Garnisonstädten gibt die bürgerliche Einwohnerschaft und das Militär nicht gleichmäßige Daten. Die Stadt Szatmár figuriert mit einer Erkrankungsziffer von 170,0 auf 10 000 Einwohner, und ebendort waren von 1000 Soldaten 14 venerisch. Auf 1000 20—25 jährige bürgerliche Einwohner entfallen venerische Erkrankungen in Budapest 103, in Szatmár 106, in Koloszvár 117, in Marosvásárhely 111. Von Blennorrhöeerkrankungen entfallen auf 10 000 Einwohner 11,30, hiervon 3,1 Frauen, von Ophthalmoblennorrhöe 0,3, von Ulcus molle 2,0, hiervon 0,4 Frauen, von Lues 5,18, hiervon 1,6 Frauen, von Lues hereditaria 0,6. Von den Städten geben die schlechteste Luesstatistik: Szatmár (78,0), Kolozsvár (74,0), Marosvásárhely (58,0), Pécs (44,0), Budapest (41,9) und Nagyvárad (41,7). Die schlechteste Statistik geben die Grenzkomitate. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Schlüsse aus dem projektierten englischen Gesetze über die Unzucht, von MORIN. (Bull. soc. franç. prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 1.) Verfasser bespricht eingehend das erwähnte Gesetz und die daraus entstehenden Folgerungen. „Die Ausschweifung", sagt er zum Schlusse, „begünstigt die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und schwächt die Moral. Durch Schließung der öffentlichen Häuser wird sanitäre und moralische Prophylaxe geleistet."

Richard Frühwald-Leipzig.

Soll Hamburg seine öffentlichen Häuser behalten? von H. WEIDEMANN-Hamburg. (Abolitionist, 1912, Nr. 5.) Bericht über die Maßnahmen zur Verhinderung der Neuerrichtung der Bordelle, die bei Sanierung der Altstadt geschlossen werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Resultate der antivenerischen Prophylaxe in der amerikanischen Armee, von GRANDJUX. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das Problem der Verhütung der Geschlechtskrankheiten, von R. A. BACHMANN-Newport. (Med. Record, 3. August 1912.) Die Ausführungen des Verfassers gründen sich auf die Erfahrungen, die er im Marinehospital gemacht hat, und auf die Resultate vorgenommener prophylaktischer Maßnahmen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

W. Lehmann-Stettin.

Venerische Prophylaxe, von HOLCOMB. (Naval Med. Bull., Jan. 1912.) Verf. hat bei den vom Landurlaub an Bord zurückkehrenden Seeleuten folgende Prophylaxe vorgeschrieben: Waschen des Penis mit besonderer Berücksichtigung des Sulkus und des Frenulums mit Wattebausch und Sublimatlösung 1:5000; nach dem Urinieren Injektion einer 2% igen Protargollösung, die eine Minute lang einbehalten werden soll; Einreiben einer 50% igen Kalomelsalbe, wieder mit besonderer Berücksichtigung der Vorhautfalten und der Frenulumgegend. Unter 3624 Mann erkrankten von denen, die die Prophylaxe in den ersten 8 Stunden vorgenommen, 1,4%, von denen, die bis zu 12 Stunden warteten, 3,3%, und bis zu 24 Stunden post coitum 5%.

W. Lehmann-Stettin.

Soll die sexuelle Hygiene in den öffentlichen Schulen gelehrt werden, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (Monthy Bull., Ohio State Board of Health, Oktober 1911.) Verfasser tritt nachdrücklich dafür ein, daß die Aufklärung über die sexuellen Verhältnisse in den öffentlichen Schulen geschähe, da sie ein Teil der Erziehung sein müsse und die öffentlichen Schulen den besten Zugang zu der größten Zahl aufnahmefähiger Individuen darstellten. Als bestes Alter sieht er das 14.—16. Jahr an, bevor noch die ersten schlimmen Schritte getan sind, so daß noch die Unberührtheit bewahrt bleiben kann. Als Lehrmittel wünscht er nicht nur Schrift und Wort, sondern vor allem Bilder, Modelle, wie sie in vorzüglicher Darstellung die Dresdener Hygieneausstellung geboten hätte.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Prostitution in Hanoi, von LE ROY DES BARRES und TISSIER. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 1.) Die Sittenpolizei in Hanoi ist unzureichend und gibt keine Sicherheit gegen venerische Infektionen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Weitere Bemerkungen zur sanitären Kontrolle der Prostitution in einigen europäischen Städten, von FREDERIK BIERHOFF, New York. (New York med. Journ., 21. und 28. Sept. 1912.) In Fortsetzung früherer Berichte machte B. hier genaue Angaben über die sanitäre Kontrolle der Prostituierten, wie sie in Berlin, Dresden

Digitized by Google

und Bremen gehandhabt wird, und gibt sogar eine Anzahl der bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen im Wortlaut wieder. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Stern-München.

Unser Kampf gegen die Reglementierung der Prostitution, von v. Düring. (Abolitionist, 1912, Nr. 6—7.) Vortrag, in dem der Standpunkt der Abolitionisten dargelegt, erläutert und verteidigt wird. Richard Frühwald-Leipzig.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Heilversuche mit der lokalen Immunisierung der Haut nach von Wassermann, von S. C. Beck-Budapest. (Med. Klinik, 1912, Nr. 22.) In dem Bestreben, gegen eine alte Crux medicorum — die Staphylokokkeninfektion der Haut im Säuglingsalter — anzukämpfen, hat B. Heilversuche mit Histopin angestellt, deren Resultate er in der vorliegenden Arbeit veröffentlicht.

Der ausgedehnten Verwendung spezifischer Vakzinationen im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten, wie sie von Wright, Wechselmann und anderen inauguriert wurde, hatten sich besonders zweierlei Schwierigkeiten in den Weg gestellt, erstens die Bestimmung des opsonischen Index, und zweitens die der Beschaffung von Autovakzine. Beide Forderungen waren nur in einem gut eingerichteten bakteriologischen Laboratorium und von gut bakteriologisch geschulten Ärzten erfüllbar. Als nun aber die Forderung der genauen Bestimmung des opsonischen Index fallen gelassen werden konnte, und andererseits eine Anzahl von Laboratorien sich mit der Herstellung polyvalenter Vakzine befaßten, schienen die Schwierigkeiten gehoben, trotz der persönlichen Überzeugung des Verfassers, daß Autovakzine der polyvalenten vorzuziehen sei. Um nun die Heilmethode der spezifischen Vakzination für den Praktiker noch zu erleichtern, und den kleinen, für manchen Patienten aber höchst unangenehmen Eingriff der Injektion in Wegfall zu bringen, stellte v. Wassermann ein Staphylokokkenextrakt her — das Histopin — das für die lokale Immunisierung der Haut geeignet schien, besonders nachdem zwecks größerer Haltbarkeit Gelatine zugesetzt war. Diese v. Wassermannsche Staphylokokkenextraktgelatine ist sowohl zur Behandlung oberflächlicher, lokaler Staphylokokkeninfektion und zur Verhütung von regionären Rezidiven geeignet, als auch in 25—50 %iger Salbe zur Behandlung der durch Staphylokokkeninfektion erzeugten Formen von Impetigo und schnellen Heilung tiefer sitzender Furunkel (nach Entleerung des Eiters eventuell mit Kombination von künstlicher Hyperämie).

Die Erfolge des Verfassers, der seine Versuche mit Histopingelatine bei Furunkulose, Follikulitiden, Impetigo, Sycosis coccogenes, Akne und Pustulosis von Kindern und Erwachsenen angestellt hat, sind nun keine sehr einheitlichen. Für das Referat nur so viel: Bei oberflächlicher staphylokokkogener Infektion der Haut, die noch nicht allzulange bestand, erzielte B. bei Säuglingen recht gute Resultate; ebenso bei länger bestehender Furunkulose älterer Kinder und Erwachsener, wenn keine tiefen Infiltrate vorhanden waren, auf die das Histopin nur geringe Wirkung auszuüben scheint, so daß hier Pflaster oder chirurgische Behandlung nötig ist.

Bei Impetigo waren die Resultate völlig ungleichartige, und auch die Akneformen und subkutanen Abszesse der Säuglinge reagierten sehr ungleich.

Die Anwendung der Histopingelatine ist sehr einfach: Der zuletzt aufgetretene Herd wird zweimal täglich eingepinselt und bleibt unbedeckt. Vor der erneuten Pinselung eventuell Abwaschen mit lauwarmem Wasser. Entsteht an einer entfernten Körperstelle ein neuer Herd, so wird dieser ebenso behandelt. Auf diese Weise glaubt B. bei Furunkulose eine ziemlich langdauernde Immunisierung der Haut erreichen zu

Digitized by Google

können. Falls die Fortschritte in der Behandlung binnen einer Woche nicht sehr deutliche sind, tut man gut, dieselbe einzustellen.

Interessant ist die Beobachtung des Verfassers, daß bisweilen eine Art Kutireaktion auftritt, indem in der Umgebung der gepinselten Hautpartie zahlreiche kleine Eiterbläschen aufschießen; er faßt in Übereinstimmung mit v. WASSERMANN diese Erscheinung auf als hervorgerufen durch eine Aktivierung der in den benachbarten Follikelmündungen schlummernden Staphylokokken. O. Lasch-Breslau.

Über allgemeine Richtlinien des Entwicklungs- und Vererbungsproblems. Beiträge zur allgemeinen Physiologie der tierischen Entwicklung von ALFRED GREIL-Innsbruck. (Zool. Jahrbücher, 1912, Bd. 31, Heft 3.) In einer geistvollen Arbeit, die sich zu einem Referat wenig eignet, weil sie genau in vollem Umfange studiert werden muß, gibt uns der Verfasser die Richtlinien des Entwicklungs- und Vererbungsproblems an. „Die Fortpflanzung ist eine Ernährung und ein Wachstum des Organismus über das individuelle Maß hinaus, welche einen Teil desselben zum Ganzen erhebt." In diesem von HAECKEL aufgestellten Satze liegt der Kernpunkt des Phänomens: das Wachstum der Keimzellen, welches ein neues, von einer Zelle repräsentiertes Individuum schafft. Die bloße Anatomie ohne die Entwicklungsgeschichte genügt allein nicht zur Ergründung des Problems, wenn wir nicht gleichzeitig die Physiologie der Entwicklung studieren. HAECKEL hat das Muster einer methodisch vollendeten Untersuchung gegeben und die Triangulierungspunkte zur Erforschung jener großen unbekannten physiologischen Funktionen der sich epigenetisch ergebenden Bedingungskette der Entwicklung ausgenutzt. Auf den Vergleich der die Norm repräsentierenden einzelnen Entwicklungsstadien einer Spezies folgt die Untersuchung der Variationen und Mißbildungen, ferner der Vergleich der Spezies der Familien und Ordnungscharaktere, und schließlich die Beobachtung der experimentell erzeugten Abweichungen der Entwicklung. Daß natürlich auch die Zellularphysiologie, das Leben und die Leistungen der Einzelzelle im gesunden und pathologischen Zustande als Grundlage der Erforschung dient, ist selbstverständlich. Das physiologische Prinzip in der embryologischen Forschung muß stets über dem streng morphologischen stehen. Nach diesen Grundprinzipien und auf formal-analytischer Basis aufbauend hat der Verfasser Wirbeltierembryonen untersucht und bringt nun in geistvoller Weise, anschließend an die Arbeiten HAECKELS, Mitteilungen seiner ausgedehnten Untersuchungen über die Entstehung dieser Embryonen, deren Studium sehr empfehlenswert ist.

W. Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie des Alters, von A. T. SALIMBENI und LOUIS GERY. (Annal. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 8.) Verfasser untersuchten alle Organe einer Greisin auf Altersveränderungen. Die Haut zeigt Atrophie der Epidermis, die nur aus 5—6 Zellreihen bestand; Karyokinesen sind selten. Die Papillen sind fast völlig verschwunden, die Grenze zwischen Kutis und Epidermis fast gerade. Die oberen Kutisschichten sind stark pigmentiert; in den unteren findet sich das kollagene Gewebe strukturlos, in eine unregelmäßige, körnige Masse verwandelt. Die Subkutis ist normal. Um die Schweißdrüsen Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten und Bindegewebszellen bestehen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Hautreaktionen, von ERNST DWIGHT CHIPMAN-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 1912, 13. Juli.) BROCQ teilt die Erkrankungen der Haut in zwei Hauptgruppen ein: zur ersten Gruppe gehören die mit bekannten, konstanten, meist äußeren Ursachen, zur zweiten Gruppe die sogenannten Hautreaktionen, die die

Digitized by Google

äußerlich wahrnehmbaren Kundgebungen verschiedener innerer krankhafter Zustände sind. Diese „Hautreaktionen" erörtert Verfasser in längeren Ausführungen, die sich nicht zum Referat eignen. Fendt-Wiesbaden.

Unterdrückung der Hauttätigkeit als Krankheitsursache, von W. Winternitz-Wien-Kaltenleutgeben. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) Ein sonst gesunder Mann mit Skabies erhielt eine Einreibung der ganzen Körperoberfläche mit Schwefelkreidesalbe; danach trat ein schwerer asthmatischer Anfall auf. Nach W.s Ansicht ist es ganz gut möglich, daß, wenn plötzlich durch einen fettigen Überzug die perspiratorische Hautfunktion unterbrochen wird, im Körper Substanzen zurückgehalten werden können, welche möglicherweise toxisch wirken und vielleicht durch Reflex auf das Atmungszentrum oder durch die im Blute kreisenden Toxine den Anfall ausgelöst haben konnten. Schourp-Danzig.

Innere Ursachen bei Hautkrankheiten, von Matthias Hirschberg. (Petersb. med. Zeitschr., 1912, Nr. 13.) Zusammenfassender Vortrag. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Hautkrankheiten in Beziehung zum Nervensystem, von S. Politzer-New York. (New York med. journ., 21. Sept. 1912.) P. teilt sein Thema in drei Hauptgruppen ein: 1. Hautkrankheiten, deren Zusammenhang mit dem Nervensystem durch ausgesprochene Veränderungen des Zentralnervensystems als feststehend anzusehen ist. Als einzige Affektion dieser Art ist nur Herpes zoster wissenschaftlich ergründet worden. 2. Hautkrankheiten, welche in Verbindung mit den großen organischen Erkrankungen des Nervensystems stehen. Bei Parese z. B. wurden mannigfach Hautstörungen beobachtet, wovon die interessanteste gelegentliches Auftreten von Blaseneruptionen, wie Pemphigus, ist, was auch dazu führte, eine Theorie des zentralen Ursprungs von Pemphigus aufzustellen. Bei organischen Erkrankungen des Rückenmarks sind Hautaffektionen häufiger: bei Tabes und Syringomyelie kommen deren verschiedene in Zusammenhang mit paralytischen Zuständen vor; das perforierende Fußgeschwür ist ein bei Tabes, aber auch bei anderen Krankheiten vorkommendes Hautleiden. Bei Syringomyelie sind schmerzlose Fingergeschwüre und schmerzloses Panaritium eines der häufigsten und charakteristischsten Symptome. Die 3. Hauptgruppe sind Hautkrankheiten, welche in Verbindung mit den sogenannten vasomotorischen trophischen Neurosen stehen, und jene, bei welchen der Zusammenhang mit dem Nervensystem ein rein hypothetischer ist. Der unter dem Namen Erythromelalgie bekannte Zustand ist ein Symptomenkomplex auf der Basis organischer oder funktioneller Störungen des Zentralnervensystems oder der peripheren Nerven, und kommt häufig in Verbindung mit Syringomyelie, multipler Sklerose, Meningitis, Gehirnblutung vor. Die Frage des nervösen Ursprungs verschiedener entzündlicher Dermatosen (Urtikaria, Oedema angioneuroticum, auch Ekzema, Psoriasis, Lichen planus usw.) ist von der einen Seite im bejahenden (Kreibich), von anderer, wie Philippson, Török, Róna, im verneinenden Sinne beantwortet worden, so daß nun wohl mehr Anhänger für den hämatogenen Ursprung der angioneurotischen Dermatosen vorhanden sind. Trotzdem ist die Rolle der vasomotorischen Nerven bei der Entstehung der Hautkrankheiten von großer Bedeutung, indem durch den Einfluß lange bestehender Hyperämie eine verminderte Resistenz der befallenen Stellen geschaffen wird und Hautkrankheiten sekundär von einem Locus minoris resistentiae aus entstehen. Bei Hysterie haben wir eine wachsende Menge von sensorischen Hautstörungen, und Anästhesie und Analgesie sind die gewöhnlichen hysterischen Stigmata, bullöse und ulzeröse Hautaffektionen kommen zuweilen vor und werden von vielen Dermatologen und

Digitized by Google

Neurologen als trophische Störungen zentralen Ursprungs erklärt. Im allgemeinen glaubt P. immerhin, daß die Zahl der Dermatosen, welchen nervöser Ursprung zugeschrieben wird, in ständiger Abnahme begriffen ist, und daß wir heutzutage äußere Infektionen und innere toxämische Zustände als die Hauptfaktoren bei der Ätiologie der Hautkrankheiten ansehen müssen. Stern-München.

Studie über die Lympho- und die Myelo-Dermien; Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen, von André Nanta. (Thèse de Toulouse, 1912, Nr. 1030, 201 S.) Zu einem kurzen Referat ist die Arbeit nicht geeignet. In den einzelnen Kapiteln bespricht der Verfasser die Lymphomatosen und Myelomatosen; die Geschichte der leukämischen Dermopathien; die Klassifikation, Symptomatologie (Tumoren, leukämische Erythrodermien, „Leucémides", Pigmentationsstörungen); Histologie, Diagnose und Therapie. Die wertvolle mitgeteilte Kasuistik umfaßt 44 Seiten, die noch viel wertvollere, gründliche Literaturzusammenstellung 19 Seiten; beide sichern der Arbeit bleibenden Wert.

Fritz Loeb-München.

Magendarmstörungen bei Haut- und Schleimhauterkrankungen, von Spiethoff-Jena. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Ein besonders häufiges Zusammentreffen mit Magen- und Darmaffektionen konstatiert Verfasser bei Pruritus, Urtikaria, Ekzem, Rosazea und Akne, Akne varioliformis und Furunkulose. Unter den daraufhin untersuchten Fällen ließen von Prurituskranken 70% eine Magenstörung erkennen, und für die anderen angeführten Affektionen waren die Prozentsätze nicht sehr viel niedriger. Auffallend war, daß bei der großen Mehrzahl der Fälle eine Subazidität des Magensaftes vorlag. Das häufige Auftreten von Indikanurie findet sich als eine Parallelerscheinung hierbei häufig auch.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die langsam bis zur Vernichtung einer Extremität resp. des Lebens fortschreitende Zerstörung von Haut und Unterhautzellgewebe, von Riedel-Jena. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 117, Heft 3—4.) Zusammenstellung von vier Fällen schwerer Zerstörungsprozesse, für deren Entstehung keinerlei sichere Anhaltspunkte nachweisbar waren. Schourp-Danzig.

Über das Schicksal abgesprengter Epithelkeime in der Haut eines fünfmonatigen Kindes, von C. Firket-Lüttich. (Virchows Arch., Bd. 208, Heft 3.) Das untersuchte Gewebe wurde aus der Haut der Stirn eines fünfmonatigen Knaben ausgeschnitten; bei der Geburt war keine deutliche Anschwellung beobachtet worden, erst im Laufe des zweiten Monats wurde die Veränderung bemerkt, und bei der Operation erreichte die Geschwulst die Größe einer Kirsche. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um eine angeborene Versprengung der Epidermis in der Haut handelte. Das ektodermische Gewebe war von einer faserigen Kapsel umringt, worin das Korium es wie einen Fremdkörper einschloß. Es bestand keine wahre Entzündung im Bindegewebe, keine Metaplasie der Epithelzellen; hier und da fanden sich einige seltene Zellinseln, deren größere, bleichere und unregelmäßigere Kerne an die Formen der Krebszellen erinnerten. Wenn die Geschwulst sich selbst überlassen geblieben wäre, wäre sie nach des Verfassers Ansicht mehr und mehr verkalkt und hätte sich den „tumeurs perlées" und gewissen verkalkten Epitheliomen angereiht. Schourp-Danzig.

Über die seröse Entzündung des Hautepithels, von Terebinsky. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 20—22.) Genaue Beschreibung des histologischen Bildes der drei Arten von bläschenförmigen Veränderungen der Haut: a) parenchymatöse seröse Entzündung des Epithels (altération cavitaire Leloir, retikulierende Um-

Digitized by Google

wandlung UNNA, vésiculation parenchymateuse DARIER), b) interstitielle seröse Entzündung des Epithels (spongoide Umwandlung UNNA, spongiose BESNIER, vésiculation interstitielle DARIER) und c) seröse Entzündung mit Neigung der Epithelzellen zu Übergang in Nekrose oder Nekrobiose. Auf die genaueren Details dieser schönen Arbeit mit zahlreichen Abbildungen läßt sich nicht in einem Referat eingehen, so daß nur der Schlußsatz des Verfassers angeführt sein mag, welcher lautet: Die Veränderungen des Epithels, welche wir als seröse Entzündung betrachten, haben mit dem „Ödem" des Epithels nichts zu tun, da sie bisher bei keinem einzigen, rein ödematösen Zustande beobachtet worden sind. Es sind Veränderungen, welche nur bei einer Entzündung vorkommen, welche die Epidermis erfaßt und demnach als Ausdruck einer serösen Entzündung des Epithels angesehen werden müssen. Arth. Jordan-Moskau.

Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion II, von E. v. DUNGERN-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Im Verfolg seiner bereits publizierten Untersuchungen (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 2) über diesen Gegenstand hat Verfasser mehr als 100 sichere Karzinome geprüft und nur bei sieben ein entschieden negatives Resultat erhalten. Sarkomsera reagierten weniger typisch, und Lymphdrüsentumoren lieferten in der Regel ein negatives Ergebnis, während sämtliche benigne Geschwülste (Fibrome, Zysten), die untersucht wurden, negativ reagierten. Die Resultate einer größeren Reihe von Beobachtungen sind in tabellarischer Übersicht zusammengestellt, und es sind ausführliche Angaben über technische Momente angeführt, welche sich der Zusammenfassung im Referate entziehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen biologischen Nachweis der Wirkung von Hautextrakten, von E. MEIROWSKY-Köln a. Rh. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) Im Verein mit einigen anderen Forschern hat M. seine bereits früher publizierten Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Haut fortgesetzt; er berichtet hier über Versuche, durch welche nachgewiesen werden sollte, ob, wie WINTERNITZ annimmt, in der Haut (des Kaninchens) Adrenalin oder ein dem ähnlicher Körper vorkommt. Es wurden aus der Haut von Kaninchen und Meerschweinchen und auch in dem einen Falle von den Schuppen eines Psoriasiskranken teils mit Toluollösung, teils mit Alkohol resp. ½%igem Karbolwasser Extrakte hergestellt und am nukleierten Froschauge nach EHRMANN auf die pupillenerweiternde Fähigkeit geprüft. Die durch Hitze eingeengten Extrakte und der Psoriasisextrakt ergaben positive Resultate, nicht aber die verdünnten Lösungen. Weitere Untersuchungen (TRENDELENBURG) ergaben aber, daß es sich hierbei um eine Adrenalinwirkung nicht gehandelt haben konnte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Diphtherie- und Typhuskutanreaktion, von FELIX v. SZONTAGH-Budapest. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 58, Heft 4—6.) Aus seinen Versuchen mit Diphtherie- und Typhustoxin stellt v. S. fest, daß ein und demselben Agens gegenüber verschiedene Individuen auf eine verschiedene Weise reagieren. Den schönsten und häufigsten Diphtheriekutanreaktionen begegnet man bei Scharlachkranken. Hierin erblickt der Verfasser eine Stütze für die Richtigkeit seiner Auffassung vom Scharlachproblem, daß nämlich Scharlach und Angina in ihrem Wesen identische Krankheiten sind. Schourp-Danzig.

Über die Durchgängigkeit der Haut für Bakterien nach der Behandlung nach GROSSICH im Vergleich zu der gewöhnlichen Behandlung, von IGNAZIO SCALONE. (Giorn. intern. scien. med., 1912, Nr. 17.) Die Behandlung nach GROSSICH erhält besser als die gewöhnliche Methode die anatomische Integrität der Epidermis-

Digitized by Google

schichten. Die Permeabilität für Bakterien bei der einen und der anderen Behandlung steht im umgekehrten Verhältnis zu dieser Integrität. Mit der GROSSICHschen Methode gelingt es, die Talgdrüsen und Haarfollikel, wenn auch nicht ganz, so doch besser zu sterilisieren als mit der gewöhnlichen Methode. Sie ist infolgedessen für das Operationsfeld eher zu empfehlen als letztere. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Menschenpathogenität des Bacillus pyocyaneus, von EUGEN FRÄNKEL. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 72, Heft 3.) Verfasser verfügt jetzt einschließlich der im Jahre 1906 mitgeteilten über insgesamt 13 Fälle von durch den Bacillus pyocyaneus verursachten Erkrankungen. Die Hauterscheinungen, von HITSCHMANN und KREIBIG als Ekthyma gangraenosum bezeichnet, bevorzugen die Gegend vom Nabel abwärts bis zur Mitte der Oberschenkel, besonders die Nachbarschaft des Anus, die äußeren Genitalien und die Achselhöhlen. Es handelt sich dabei um in der Größe wechselnde, braunrote, anfangs quaddelartige Erhebungen, an denen es rasch, zum Teil innerhalb weniger Stunden, unter Abhebung der Oberhaut durch blutigwässerigen Inhalt, zur Bildung hämorrhagischer Blasen kommt. Sehr bald platzt die Blasendecke, und es entleert sich dann eine dünne, fleischwasserähnliche Flüssigkeit, es entsteht ein hämorrhagisches Geschwür, an dessen Grund sich, falls die Patienten nur genügend lange am Leben bleiben, allmählich weitere Veränderungen vollziehen. Entweder dieser bedeckt sich mit Borken, oder es kommt zu einer tiefgreifenden Erweichung der den Geschwürsgrund bildenden Gewebsschichten, ohne daß eine Spur von Eiter auftritt. Schließlich können sich diese Massen abstoßen, und es entstehen dann kreisrunde, tiefe, von harten hämorrhagischen Rändern begrenzte Defekte. Kratzt man nach Entfernung der Blasendecke etwas von dem Gewebe ab, oder entnimmt man aus den erweichten Massen mit einer Platinöse von der in ihnen enthaltenen Flüssigkeit und fertigt Ausstrichpräparate an, so gelingt in ihnen der Nachweis meist in großer Menge vorhandener Stäbchen, die durch Übertragung auf die gewöhnlichen Nährböden mühelos gezüchtet und als Bacillus pyocyaneus rekognosziert werden können. Mikroskopisch steht die Gewebsnekrose im Vordergrunde aller Veränderungen. Nur die Knäuel- und Talgdrüsen scheinen dem Gewebstod zu entgehen. Was die in den verschiedenen Organen gesetzten Veränderungen anbetrifft, sieht man auch hier, daß bei der Invasion des Bacillus pyocyaneus in die Gewebe, sie mag ektogen oder hämatogen erfolgen, sich negativ chemotaktische Einflüsse bemerkbar machen, daß es überwiegend hämorrhagisch-nekrotische Prozesse sind, die der Bacillus pyocyaneus auslöst, und daß auch dann, wenn er zu exsudativeitrigen Vorgängen Anlaß gibt, eine nicht verkennbare Neigung zum Auftreten hämorrhagischer Beimengungen zu den Exsudaten besteht. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ansicht, daß der Bacillus pyocyaneus als ein auch für den Menschen echt pathogener Bazillus anzusehen ist. Haas-Hamburg.

Zur Kenntnis der Herabsetzung von Giftwirkungen durch Eiweiß, von H. BORUTTAU-Berlin. (Biochem. Ztschr., 1912, Bd. 43, Heft 5—6.) Aus seinen Versuchen ergeben sich folgende Schlüsse: Aus einer innigen Verreibung von arseniger Säure und trockenem Eiweiß geht weder in reines Wasser noch in schwache Säure oder Lauge Arsen in erheblicher Menge über; dies erfolgt erst nach vollständiger Verdauung, und es zeigt dann die Lösung die gleiche Giftigkeit, wie sie der arsenigen Säure allein zukommen würde. Die starke Herabsetzung der Giftigkeit bei Verabreichung der Verreibung ist also offenbar auf die Verzögerung der Resorption infolge des mechanischen Festgehaltenseins der arsenigen Säure durch die quellenden Eiweißpartikel zurückzuführen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die anaphylaktoiden Erscheinungen bei wiederholten intravenösen

Digitized by Google

Salvarsaninjektionen, von WECHSELMANN. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 25.) Die Erscheinungen, wie sie schon von HOFFMANN und JAFFI, ferner von IWASCHENZOW geschildert worden sind, bestehen aus erschwerter Atmung mit Hyperämie der Blutgefäße des Kopfes, Krampfhusten, manchmal Ödem im Gesicht, Schmerzen in Kreuz und Beinen und Erbrechen (LEVEN). Es scheint sich um eine Erregung des vasomotorischen Zentrums zu handeln, vielleicht reflektorisch vom N. depressor aus, dem sensiblen Nerven des Herzens. In diesem Nerven verläuft auch der N. laryngeus superior (Krampfhusten!). Die Reaktion trat jedoch bei versuchsweise angestellter NaCl-Lösung-Infusion nicht ein. Bei manchen Kranken erfolgte sie nur nach Salvarsan, nicht nach Neosalvarsan. Also sind sie nur auf ein bestimmtes As-Präparat eingestellt mit dieser Reaktion. Bei IWANSCHENZOW scheinen die Gehirnkranken in größerem Verhältnis diese anaphylaktoiden Symptome zu zeigen.

Der Anfall ist beängstigend, geht aber gut ab. Werther-Dresden.

Anaphylaxie gegen Salvarsan, von HOMER F. SWIFT-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Okt. 1912.) Nach wiederholten Salvarsaninjektionen zeigten gewisse Patienten anaphylaktische Symptome respiratorischer und vasomotorischer Natur; in einem Falle trat ein toxisches Erythem auf. Meerschweinchen, die durch Einspritzung einer Mischung von Meerschweinchenserum und Salvarsan sensibilisiert waren und nach angemessener Zeit wieder mit der gleichen Mischung injiziert wurden, zeigten Symptome eines anaphylaktischen Schoks. Die Mischung wirkt wie artfremdes Eiweiß. Bei Patienten, die nach wiederholten Salvarsaninjektionen anaphylaktische Symptome zeigen, scheint eine ähnliche Reaktion zwischen dem nativen Serum und dem Salvarsan stattzufinden. Fendt-Wiesbaden.

Ansteckende Hautkrankheiten in Vorbereitungsschulen und Gymnasien, von JOHN T. BOWEN-Boston. (Boston Med. and Surg. Journ., 21. Dez. 1911.) Der Verfasser hat als Dermatologe in Boston 25 Jahre lang Gelegenheit gehabt, das Auftreten von ansteckenden Hautkrankheiten im jugendlichen Lebensalter, besonders in Präparandien, zu beobachten. In der vorliegenden Arbeit sieht der Verfasser ab von den kongenitalen und im frühesten Kindesalter auftretenden Dermatosen, ebenso auch vom Auftreten von Akne, Seborrhöe, gewissen Ekzemformen, der vielfach in der Pubertätszeit einsetzenden Psoriasis, Masern und Scharlach, und behandelt nur die eigentlich mit der Konstitution nicht zusammenhängenden kontagiösen Hautkrankheiten.

I. Impetigo contagiosa: Obgleich die Affektion meist die von der Kleidung nicht bedeckten Körperteile befällt, sah Verfasser doch viele Fälle auch an anderen Körperteilen, und zwar zumeist bei Fußballspielern und anderen Sport treibenden Gruppen. Häufiger bei Knaben als bei Mädchen, und zumeist nur in der jüngeren Generation. Während er im allgemeinen die gelegentliche Benutzung derselben Kleidungsstücke bei den Sporttreibenden als häufigstes ätiologisches Moment auffaßt, gibt er bei älteren Patienten in einigen Fällen dem Barbier die Schuld der Infektion; für die Therapie bringt der Verfasser wenig Neues: zweimal täglich Waschen mit warmem Wasser und Seide oder Bäder mit milden Antiseptizis (Borsäure). Auf die Stellen selbst milde, keimtötende Salben oder Pasten, z. B. 10%ige Borsalbe mit 5%igem Sulfur oder Salizyl. Auf ganz vereinzelte Stellen 5%ige Hg-Salbe mit Cold-cream oder Vaseline oder Lanolin.

II. Skabies: Der Verfasser betont, daß die Diagnose häufig vom praktischen Arzte nicht gestellt wird, weil derselbe nicht auf die Vermutung kommt, daß es sich bei reinlichen Individuen besseren Standes um Skabies handeln könne. Der Ver-

Digitized by Google

fasser selber hat nur eine geringe Zahl von Fällen gesehen, was für die Reinlichkeit und Hygiene in den Instituten spricht. Die Therapie ist nach sicher gestellter Diagnose leicht, Bedingung ist nur gründlichste Reinigung von Wäsche und Kleidern.

III. Ekzema marginatum: Besonders an den Oberschenkeln und an den Achselhöhlen, und zwar in der linken häufiger als in der rechten, bei Besuchern der Gymnasien und bei athletische Künste treibenden jungen Leuten beobachtet. In manchen Fällen ist ein Parasit nachweisbar, identisch mit dem der Trichophytie, bei anderen ist kein infektiöses Agens zu entdecken. Das klinische Bild wird durch die Schweißsekretion erheblich beeinträchtigt. Therapeutisch widerrät der Verfasser dringend festanliegende Bandagen und ist mehr für lose angelegte Wattetampons, die die Reibung hindern. Auch parasitizide Salben will der Verfasser nur an den Rändern angewendet wissen, um jede Reizung zu vermeiden, und zieht im allgemeinen Waschungen und Einpudern mit Borsäure vor.

IV. Alopecia areata ist zwar nicht erwiesenermaßen kontagiös, doch hat der Verfasser oft Fälle auftreten sehen, wenn zwei Individuen in ständiger Kommunikation waren oder miteinander schliefen. Bei dieser Gelegenheit kann es sich der Verfasser nicht versagen, eine Beobachtung aus einem Asyl für obdachlose Kinder von 3—14 Jahren mitzuteilen: Es wurde ein Kind mit einzelnen Flecken von Alopecia areata aufgenommen, und vier Monate später waren 63 von 69 Kindern erkrankt; das zuerst erkrankte Mädchen, von dem nicht bekannt ist, ob alle Haare wieder gewachsen waren, kam sechs Jahre später wieder in das Asyl, und vier bis sechs Wochen nach ihrem Wiedereintritt zeigte ein Kind Spuren von Alopecia areata, und 4—5 Monate nachher waren 26 von 45 Kindern erkrankt. Der Verfasser empfiehlt deswegen dringend, bei Aufnahme in ein Institut oder eine Schule eine eingehende Untersuchung der weiblichen Kopfhaut.

V. Verucae: Der Verfasser bespricht besonders die Warzen an den Plantarseiten der Füße bei Knaben und Jünglingen, die bisweilen auch an der Hand die Affektion aufweisen. Einige Male hat der Verfasser Epidemien gesehen, in einem Falle war ein Drittel aller Knaben einer Schule befallen. Die Affektion scheint besonders gegen Sommers Ende aufzutreten. Obwohl jeder strikte Beweis fehlt, ist der Verfasser von der Kontagiosität überzeugt, wie bei allen papillomatösen Affektionen. An die alleinige Wirkung des Traumas als ätiologisches Moment glaubt der Verfasser nicht. Therapie: Chrysarobin oder Salizylpflaster, Kohlensäureschnee; dagegen Exzision weniger ratsam. Lasch-Breslau.

Vergleichende Untersuchungen über die Alterationen der Nieren und der Schweißdrüsen in zwei Fällen von Sublimatvergiftung, von U. Faccini-Pisa. (Pathologica, 1912, Nr. 85.) 1. Fall. Die Nieren sind stark verändert; es walten in denselben die nekrotischen Alterationen vor. Die Haut erscheint makroskopisch normal, weist aber histologisch einiges Interessante auf. Die epidermische Schicht ist in bezug auf Form und Anordnung der Elemente normal. Im Derma findet man Alterationen der Schweißdrüsen: die knäulige Portion dieser zeigt auf der Querschnittsfläche nicht die charakteristischen rundlichen Höhlen der normalen Drüsen, sondern Höhlen von verschiedener Form und Größe (bald eiförmig, bald eckig, bald verengt, bald erweitert). Die diese Höhlen auskleidenden Epithelzellen sind zum Teil abgefallen und sammeln sich im Lumen der Drüsennazini und der Ausführungsgänge zu Häufchen an, welche zuweilen granulös oder hyalin erscheinen, stets durch Eosin schwach färbbar sind und wahre und echte hornzylinderähnliche Gebilde darstellen. In den mit Osmiumsäure behandelten Präparaten sind die die Glomerulusschlingen auskleidenden Zellen mit kleinen schwärzlichen Fetttröpfchen

Digitized by Google

durchsetzt. Die die Ausführungsgänge auskleidenden Zellen sind weniger alteriert und weisen weniger Fetttröpfchen auf. Das periglanduläre Bindegewebe scheint nicht am reaktiven Prozeß beteiligt zu sein. Keine Kleinzelleninfiltrationsherde. Keine Verkalkungsherde.

2. Fall. Nieren bedeutend verändert; die Läsionen sind besonders degenerativer und entzündlicher Natur. Die Haut zeigt nur geringfügige Alterationen. Die Schweißdrüsen sind etwas erweitert: das Protoplasma der Epithelzellen ist ziemlich gut erhalten mit weniger kleinen Vakuolen, welche in den mit Osmiumsäure gefärbten Präparaten mit Fetttröpfchen gefüllt erscheinen. Der Kern wird durch Hämatoxylin gut gefärbt. Im Drüsenlumen geringe Abschilferung und einzelne bald körnige, bald hyaline Zylindergebilde. Keine Kleinzelleninfiltrierung, keine Verkalkung, keine Beteiligung des periglandulären Gewebes.

Verfasser deutet die Formveränderungen der Schweißdrüsen als eine Folge einer Sekretansammlung, bedingt durch gesteigerte Funktion infolge der beeinträchtigten Nierentätigkeit, und führt die degenerativen Alterationen der Gl. sudoriparae nicht nur auf eine direkte Wirkung des Sublimats, sondern auch auf die Anwesenheit sonstiger Gifte zurück, welche infolge der Nierenläsionen durch die Schweißdrüsen ausgeschieden werden müssen. K. Rühl-Turin.

Diagnostische Intrakutanreaktionen mit Spirochätenextrakt, von K. Kämmerer-München. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Verfasser hat das Noguchische Luetin an einer Serie von 108 Fällen nachgeprüft und ist mit dem Ergebnis zufrieden. Es handelte sich bei seinem Material um 65 syphilitische und 43 nichtsyphilitische Kranke. Unter letzteren reagierte nur ein einziger Fall positiv, und bei diesem war die Möglichkeit einer luetischen Infektion auch nicht ganz ausgeschlossen. Von den zuverlässig syphilitisch erkrankten lieferten allerdings nur 21 Fälle ein positives Resultat gegen 44 negative Resultate. Demnach ist einem negativen Ausfall nicht allzu großes Gewicht beizulegen; Verfasser meint aber, daß bei weiterem Ausbau die Methode noch großen Wert gewinnen wird.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur Behandlung einiger Hautkrankheiten im Kindesalter, von H. Cramer-Zehlendorf. (Med. Klinik, 1912, Heft 22.) Verfasser gibt über die Erfahrungen, die er in seinem Säuglingsheim bei den verschiedensten Dermatosen von Säuglingen und älteren Kindern mit Ung. herbale compositum Obermeyer (Vilja-Creme) gemacht hat, einen Überblick, und rühmt die Erfolge so sehr, daß ein Nachlesen im Original zu empfehlen ist. Otto Lasch-Breslau.

Behandlung einiger Hautkrankheiten, von Hardaway. (Journ. of Missouri State Med. Assoc., Mai 1912.) Verfasser glaubt, daß Skabies vielfach mit zu scharfen Mitteln behandelt wird, und daß die Heilung der entstandenen Dermatitis schwieriger ist und länger dauert als die ganze Krätze. Er empfiehlt innerhalb 24 Stunden sechsmal mit einer Salbe Einreibungen zu machen, die etwa 8% Schwefel und 3% Perubalsam in Vaselin enthält; doch muß sehr sorgfältig darauf gesehen werden, daß die Salbe gleichmäßig verarbeitet ist und insbesondere keine ungelösten Schwefelpartikelchen enthält.

Zur Behandlung der Sykosis empfiehlt er die „Rosenthalsche Paste": Acid. tannic. 1,5, Sulf. praecip. 8,0, Zinc. oxyd., Amyl. pulv. aa 12,0, Vaselin. ad 60,0.

Bei Urtikaria empfiehlt er, stets erst ein Brechmittel und dann ein Laxans zu geben; bei wiederholten Anfällen alle 3—4 Stunden ein Pulver, das zu gleichen

Digitized by Google

Teilen 0,3—0,6 Magnesiumkarbonat und Bismutsubkarbonat enthält; dazu läßt er in großen Mengen Vichywasser trinken. W. Lehmann-Stettin.

Intramuskuläre Infusionen von Ringerscher Lösung bei Toxikosen, namentlich bei den Toxikodermien von Schwangeren und Wöchnerinnen, von Rissmann-Osnabrück. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) Bei Pruritus und Urtikaria der Schwangeren hat Verfasser Erfolg von 165—190 ccm, intramuskulär oder intravenös gegeben, gesehen.

Er glaubt, daß die Lösung die biochemischen Vorgänge im Blute dahin beeinflusse, daß Antisynzytiotoxin (Antiautotoxin) gebildet werde, wobei er die plazentare Theorie der Schwangerschaftstoxikosen annimmt. Werther-Dresden.

Chemie und Pharmakologie der kosmetischen Stoffe, von L. Golodetz-Hamburg. (Joseph, Handbuch der Kosmetik, 1912.) Eine ausgezeichnete Besprechung der für die dermatologische Praxis überaus notwendigen chemischen Präparate.
W. Chrzelitzer-Posen.

Hyperämie oder Lymphstauung?, von Gelinsky-Berlin. (Zentralbl. f. Chir., 1912, Nr. 35.) Der Verfasser empfiehlt statt der gewöhnlich angewandten hyperämischen Stauung nach Bier bei entzündlichen Affektionen aller Art nur eine leichte Stauung anzuwenden, wobei die Staubinde 24 Stunden liegen bleibt und nur beim Verbandwechsel abgewickelt und sofort wieder umgelegt wird. Die Binde muß so lose liegen, daß jede Hyperämie vermieden wird. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Überpflanzung behaarter Haut, von Carl Lauenstein-Hamburg. (Zentralbl. f. Chir., 1912, Nr. 36.) Ein 30jähriger Kahlköpfiger kam zu dem Verfasser mit dem Verlangen, daß er ihm zunächst versuchsweise ein Stück behaarter Kopfhaut eines anderen Mannes auf seinen Kahlkopf überpflanzte. Es wurde von der Kopfhaut eines Mannes mit dichtem, buschigen Haar, der sich dazu bereit erklärte, ein 10 cm langes, 5 cm breites, myrtenblattförmiges Stück Kopfschwarte aus der Gegend des Vertex entnommen, in den gleichzeitig gesetzten Defekt des Kahlköpfigen eingesetzt und mit Katgutnähten fortlaufend befestigt. Das exzidierte Stück des Kahlköpfigen wurde dem „Lieferanten" wieder eingesetzt. Die Kopfhaut war in beiden Fällen nur mit Heißwasser und Seife, sowie mit Benzin desinfiziert worden. Das Ergebnis war, daß das behaarte Stück der aseptischen Nekrose verfiel, während das der behaarten Kopfhaut eingepflanzte Stück des Kahlköpfigen zum Teil anheilte. Die Basis heilte an, die oberflächliche Schicht starb ab. Die Experimente, die der Verfasser im Anschluß an diese Erfahrung an neun Hunden ausführte, und die in der Auto- und Heteroplastik von etwa handtellergroßen Stücken des seitlichen Rumpfes und der Rückengegend bestanden, sowie in der autoplastischen Verlagerung von gestielten Lappen, mißlangen sämtlich. A. Gunsett-Straßburg.

„Tunneltransplantation" der Haut, von Alex Mac Lennan. (Glasgow med. Journ., Aug. 1912.) Um bei großen Verbrennungen oder anderweitigen Wunden nicht mit der Transplantation warten zu müssen, bis die eitrige Sekretion unter antiseptischen Umschlägen aufgehört hat, empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren: Die Hautläppchen werden nach der üblichen Methode gewonnen, dann wird unter die Wunde ein Kanal gebohrt, entsprechend deren Größe und Ausdehnung. Der Kanal darf nicht zu oberflächlich liegen, zumal muß er bei alten Wunden unter der Bindegewebsschicht liegen, der die Granulationen aufsitzen. Dann wird eine Zange durchgeführt, die die Läppchen ergreift, zurückzieht und in den Kanal einbettet. Die Wunde wird dann weiter mit Umschlägen behandelt. Die Brücke über den Läppchen verschwindet entweder spontan oder sie kann entfernt werden, wenn die letzteren angewachsen sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die Fette in der dermatologischen Praxis, von R. BURNIER. (Presse méd., 1912, Nr. 49.) Eine allgemeine Anleitung für Verwendung der Fette in der Dermatologie nebst einer Sammlung von Rezeptformeln. A. Gunsett-Straßburg.

Die Massage der Hautkrankheiten, von O. ROSENTHAL-Berlin. (Med., Klinik, 1912, Nr. 27.) ROSENTHAL bedauert, daß die von ihm vor 25 Jahren bereits warm empfohlene Massage in der Dermatotherapie noch nicht die ihr gebührende Stelle einnimmt. Die physiologischen und anatomischen Wirkungen einer kunstgerecht ausgeführten Hautmassage sind bei einer großen Reihe von Hautkrankheiten für die übrige Therapie ein mächtiger Unterstützungsfaktor. ROSENTHAL beschreibt die einzelnen Dermatosen, bei denen er die Massage für besonders angezeigt hält; es handelt sich nicht immer um einen kosmetischen, sondern oft auch um einen großen therapeutischen Effekt. Der Verfasser versucht, die Technik zu beschreiben, obwohl er selbst betont, daß kunstgerechte Massage teils Sache großer Übung, teils eines angeborenen Talentes ist; er glaubt, daß die Hände mit ihrem feinen Gefühl sich besser eignen als Apparate, mit Ausnahme gelegentlicher, für den Vibrator geeigneter Fälle. Wenn angängig, versucht ROSENTHAL ohne Fette zu massieren, sonst empfiehlt er gelbe Vaseline, Zinkvaseline, Euzerin-Cold-Cream u. a., hält aber Zusatz von Borsäure nicht für empfehlenswert. Dem Praktiker kann die Lektüre der Arbeit dringend empfohlen werden. Otto Lasch-Breslau.

Die biokinetische Methode nach L. JACQUET in der Dermatologie, von A. F. PLICQUE. (Bull. méd., 1912, S. 716.) Verfasser erörtert zuerst, wie viele Störungen und Unregelmäßigkeiten im Stoffwechsel Dermatosen hervorrufen. Die Therapie hat also die Aufgabe, jene zuerst zu beheben; dann wird sie wirksam unterstützt durch Massage der Haut und aktive Bewegung der entsprechenden Muskeln. So können viele Leiden (Erfrierungen, Varizen) gebessert oder geheilt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Seifen und ihre Wirkung auf die Haut, von FREDERICK GARDINER. (Edinburgh med. Journ., 1912, S. 514.) Verfasser hat eingehende Untersuchungen über dieses Thema unternommen und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Jede Seife reizt die normale Haut; die Reizwirkung ist abhängig von der Beschaffenheit der Haut und bei seniler oder kranker stärker. 2. Baumöl und ranziges Fett bedingen wahrscheinlich die stärkere Reizwirkung der billigen Seifen. 3. Die bakterizide Kraft der Seife, selbst in Verbindung mit einem Antiseptikum, ist Null. Eine solche Verbindung, speziell mit Karbol, ist wertlos und reizt höchstens. Schwefel und Ichthyol können mit Seifen verbunden werden. 4. Harze und Verunreinigungen schaden nicht, aber Paraffin und Benzolderivate. 5. Die Überfettung der Seife ist nicht wissenschaftlich begründet. 6. Man soll so wenig Seife als möglich anwenden und diese sorgfältig abwaschen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die antiseptische Wirkung der Seife, von M. PILOD. (Presse méd., 1912, Nr. 56.) Aus bakteriologischen Versuchen zieht der Verfasser den Schluß, daß es unnötig ist, die Seifen vor dem Gebrauch durch Hitze zu sterilisieren. Es genügt, ihre Oberfläche mechanisch zu reinigen, um die auf ihr sitzenden Sporen zu entfernen. Hingegen ist die bakterizide Kraft der Seife ungenügend und es ist nicht daran zu denken, selbst bei eine Stunde dauernder Seifenwaschung die Hände keimfrei zu erhalten. Dies kann nur durch Antiseptika erreicht werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Sapo viridis, von KAPESSER-Darmstadt. (Fortschr. d. Med., 1912, Heft 28.) Der fast 82 jährige Verfasser hat den Wunsch, die günstigen Erfolge, die er in langjähriger praktischer Erfahrung mit Schmierseifeneinreibungen oft in verzweifelten

Digitized by Google

Fällen erzielt hat, nur kurz mitzuteilen und die theoretischen Erörterungen und Untersuchungen den modern ausgestatteten Laboratorien zu überlassen. Abgesehen von vielen anderen Fällen erhofft der Verfasser Segensreiches von der Schmierseifenbehandlung bei Typhusbazillenträgern und hat, was an dieser Stelle besonders interessieren dürfte, in einem hartnäckigen schweren Falle von Sykosis einen besonders hervorragenden Erfolg gesehen, indem schon nach der ersten Einreibung der Brust- und Bauchseite die profuse Sekretion nachließ, sich trockene Krusten bildeten, nach deren Abstoßen normale Haut zum Vorschein kam und bald völlige Heilung eintrat. O. Lasch-Breslau.

Hautkrankheiten und Bäder, von E. Vollmer-Kreuznach. (Med. Klinik, 1912, Nr. 32.) Verfasser plädiert warm für die Bäderbehandlung aller Haut- und venerischen Krankheiten. Er schaltet nur die parasitären Dermatosen aus, bei denen wir einerseits in Salben- und Lichtmethoden wirkungsvolle therapeutische Agentien besitzen und andererseits die Ansteckungsgefahr in den öffentlichen Badehäusern nicht zu unterschätzen ist.

Die Hauptmaxime des Verfassers heißt für alle Hautaffektionen, besonders auch die venerischen: Die akuten, hochgradig infektiösen Formen schließen die Bäderbehandlung aus, die chronischen Formen schließen sie ein.

Eine schädliche Einwirkung der Bäder wegen übergroßer Empfindlichkeit der Haut hat der Verfasser nie gesehen, wenn es auch bisweilen im Anfange nötig ist, die gereizten Stellen mit indifferenten Salben einzufetten. Lasch-Breslau.

Hautkrankheiten und Bäder, von E. Vollmer-Kreuznach. (Klin. ther. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Allgemein Bekanntes. Schourp-Danzig.

Über einige biochemische Strahlungsreaktionen. Versuche mit Thorium X, von Gottwald Schwarz und Zehner. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Es wurden die Wirkungen einer von der Berliner Auergesellschaft gelieferten Thorium-X-Lösung auf Eidotterlezithin geprüft. Röntgenstrahlen (im wesentlichen γ-Strahlen) haben keine, aber Thorium, welches in seinen Zerfallsprodukten α-, β- und γ-Strahlen abgibt, verändert in wenig Stunden Geruch und Farbe des Eidotters, wobei das Lezithin, oder besser das in ihm enthaltene Cholin, eine tiefgreifende Spaltung erleidet. Die Thorium-X-Flüssigkeit hat außerdem eine hämolytische Wirkung. Werther.

Neue Untersuchungen mit der Radiumemanation, von O. Meserenitzky-St.-Petersburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Die wirksamsten Strahlen sind die α-Strahlen. Wegen der schädigenden Wirkung auf den menschlichen Organismus muß bei interner Anwendung das Radium dosiert werden. 1000 bis 10 000 Macheeinheiten werden pro die ohne Schaden vertragen, doch muß man mit kleinen Dosen (100 Macheeinheiten) anfangen und soll es der Nebenwirkungen wegen nicht nüchtern nehmen.

In vitro kann Mononatriumurat bis zu NH_3 zersetzt werden. Dementsprechend bewirkt Radiumemanation bei Licht vermehrte Ausscheidung von Purinkörpern im Urin. V. Caesar-Dresden.

Die Verwertbarkeit radiumemanationshaltiger Präparate für die Dermatologie nebst experimentellen Untersuchungen über die Wirkungsweise derartiger Stoffe auf die Immunsubstanzen des tierischen Organismus, von K. Troppauer. (Inaug.-Dissert., Breslau 1912.) Nach Erfahrung an 19 Fällen von verschiedenen Dermatosen (Psoriasis, Pemphigus vegetans, Mycosis fungoides, Prurigo Hebrae, Verrucae usw.) konnte ein Einfluß der Radiumemanation auf die pathologischen Prozesse nicht konstatiert werden. Die lokale Applikation von Radiumemanations-

Digitized by Google

wasser, -schlamm usw. brachte, ohne therapeutische Wirkung zu entfalten, zuweilen unerwünschte Irritation hervor. Die Allgemeinbehandlung mit Bädern, Trinkkuren und intramuskulären Injektionen erwies sich, von einigen durch andere Ursachen leicht erklärlichen geringfügigen Besserungen abgesehen, als indifferent. Nach intramuskulären Injektionen wurde einmal eine akute Nephritis beobachtet, die, in Übereinstimmig mit ähnlichen Beobachtungen anderer Verfasser, zur Vorsicht mahnt.

Was den zweiten Teil der Titelfrage betrifft, so hat sich bei den Versuchen des Verfassers herausgestellt, daß Radiumemanation auf die natürlichen Immunsubstanzen des Organismus bei Versuchen in vivo einen Einfluß nicht ausübt. Zur Erklärung therapeutischer Wirkung der Emanation kann also eine etwaige Erhöhung der natürlichen Schutzkräfte nicht in Frage kommen.

Fritz Loeb-München.

Die Herstellung der St. Joachimstaler Radiumträger, von Fritz Dauwitz-St. Joachimstal. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) Verfasser beschreibt eine Reihe Apparate, die sich therapeutisch bewährt haben; je nach dem Anwendungszweck werden Radiumträger mit Metallunterlage und Apparate, deren Unterlage ein Gewebe bilden, hergestellt. Als Radiumsalz wird Radiumkarbonat verwendet und mit einer Lackmasse fixiert, für welch letztere sowohl harter Kopal wie Bernstein und kaltgepreßtes Leinöl verwendet werden. W. Lehmann-Stettin.

De Keating-Harts Methode der Thermo-Radiotherapie, von W. S. Bainbridge-New York. (Med. Record, 20. Juli 1912.) Der Artikel behandelt die Kombination von Fulguration und Röntgenbestrahlung. Zu gleicher Zeit wird auseinandergesetzt, daß die Röntgenstrahlen auf Gewebe, die künstlich abgekühlt werden, eine abgeschwächte Wirkung haben, und umgekehrt eine bedeutend gesteigerte Reaktion hervorrufen, wenn die Applikationsstelle auf die eine oder andere Weise dabei durchwärmt wird. Dieselbe größere Wirksamkeit der Röntgenstrahlen ist nachweisbar, wenn die zu behandelnde Stelle vorher fulguriert wird. W. Lehmann-Stettin.

Die Fulgurationsmethode nach De Keating-Hart, von W. S. Bainbridge-New York. (Med. Record, 6. Juli 1912.) Der Artikel, der das bekannte Vorgehen von De Keating-Hart beschreibt, bringt nichts wesentlich Neues, ist aber von zahlreichen Abbildungen begleitet, namentlich von Fällen vor und nach der Behandlung; leider sind die Reproduktionen teilweise recht mäßig ausgefallen. Der Verfasser hält das Fulgurationsverfahren für eine wesentliche Bereicherung unserer therapeutischen Maßnahmen, vorausgesetzt, daß dabei genau nach den Anweisungen verfahren wird. Er setzt auch auseinander, daß die Reaktion, die einer Applikation folgt, in keiner Weise mit irgend einer Reaktion nach Anwendung anderer physikalischer Mittel zu vergleichen ist. Dabei hebt er besonders hervor, daß sehr häufig Wirkungen in beträchtlicher Entfernung von dem Punkt der Applikation nachzuweisen sind. Diese Wirkungen sind besonders im Rückenmark und seinen Ästen gefunden worden und schwanken je nach der Intensität und Dauer der Sitzung zwischen einfacher chromatolytischer Reaktion bis zu nachweisbarer Zellnekrose.

W. Lehmann-Stettin.

Über die lokale Hochfrequenzbehandlung, von Engelen-Düsseldorf. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Verfasser arbeitete mit einem Hochfrequenzapparate der Veifawerke (Frankfurt) (Preis 200 M.). Die Wirkung bei lokaler Anwendung auf Hautjucken und tabetische lanzinierende Schmerzen war gut.

Bei Hautjucken wurde eine Kondensatorelektrode der Haut genähert. Die Stromstärke war derart, daß die überspringenden Funken leichten Schmerz verursachten, die Anwendung täglich.

Digitized by Google

Bei lanzinierenden tabischen Schmerzen wurde die Kondensatorelektrode täglich 10 Minuten lang die Wirbelsäulengegend auf und ab geführt. Behandlungsdauer durchschnittlich sechs Wochen. V. Caesar-Dresden.

Die Hochfrequenzströme in der Dermatologie, von Da Gradi und Trevisan. (Gazz. med. ital., 13. Juni 1912.) Eine literarische Zusammenstellung derjenigen Krankheiten der Haut, welche durch die unipolare Applikation des Effluviums oder des Funkens der Hochfrequenzströme beeinflußt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Die elektrolytische Epilation, von W. Dubreuilh-Bordeaux. (Presse méd., 1912, Nr. 77.) Im Gegensatz zur Epilation mittels Röntgenstrahlen, welche auch in ihrer neuen Form (filtrierte Strahlen, starke Dosis, aber in langen Zwischenräumen), wie sie neuerdings von Spéder und Albert Weil empfohlen wird, noch nicht spruchreif ist, hat die Epilation mittels Elektrolyse immer noch ihren Wert behalten. Wenn sie richtig ausgeführt ist, soll die Haut vollständig normal erscheinen und man darf auch mit der Lupe keine zikatrizielle oder pigmentfreie Punktierung sehen. Der Verfasser erhält aber diese Resultate nur dadurch, daß er mit der Stromstärke äußerst vorsichtig umgeht. Er verwendet nie über 1,5, gewöhnlich nur 1 Milliampere und läßt den Strom 5—30 Sekunden einwirken. Als Nadeln werden nur feinste, runde Uhrmachernadeln benutzt, deren Spitze ein wenig abgerundet wird. Außerdem wird die Nadel 6 mm von der Spitze entfernt im rechten Winkel abgebogen, nachdem man diese Stelle vorher mit einem glühenden Eisen berührt hat. Mit einer solchen Nadel ist man sicher, nur in den Follikel zu kommen und nicht die Haut anzustechen. Der einzige Nachteil des Verfahrens ist seine lange Dauer. Man muß für einen ganzen Bart bei einem jungen Mädchen zwei Jahre rechnen, wird aber durch den Erfolg belohnt. Epilation von Flaumhaaren, besonders der Oberlippe, vermeide man ganz, ebenso behaarte Arme. Man soll beim Epilieren besonders die jungen Haare behandeln, die alten mit vollem Bulbus sind sowieso abgestorben und ihre elektrolytische Entfernung nützt nichts, wenn man nicht die Papille zerstört. Man erkennt die jungen Haare von den alten daran, daß man 14 Tage vor der Sitzung rasiert. Die Haare mit hohlem Bulbus sind allein gewachsen, während die alten mit vollem Bulbus stationär geblieben sind. Der Verfasser warnt davor, mehrere Haare auf einmal zu epilieren. Läßt man den Strom 5—20 Sekunden einwirken, so kann man leicht 100—200 Haare in einer einstündigen Sitzung entfernen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Indikation der Quarzlampe für die Behandlung der Hautkrankheiten, von Thedering-Oldenburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) In ähnlicher Weise wie andere Verfasser konstatiert Th. nach seinen auf einen Zeitraum von fünf Jahren sich erstreckenden Beobachtungen, daß die besten Erfolge der Blaulichtbehandlung sich auf die mehr oberflächlich lokalisierten Affektionen beziehen, wie Hyperkeratosis faciei, Pityriasis rosea, Alopecia areata, Rosacea, Keloid und den nicht in der Tiefe gelegenen Lupusläsionen, sowie die Läsionen des Trichophyton tonsurans und andere oberflächlich lokalisierte Dermatomykosen. Dagegen hatte Verfasser wenig oder keinen Nutzen von der Methode beim Lupus erythematosus, Ekzemen, Psoriasis, Akne und den tiefliegenden Läsionen des Lupus, da die Strahlen der Quarzlampe keine eigentliche Tiefenwirkung ausüben. Mit dieser Beschränkung ist aber das Blaulicht ein sehr wertvolles und willkommenes Hilfsmittel in der Dermatotherapie. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Indikationen der Quarzlampe für die Behandlung von Hautkrankheiten, von Kromayer-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Zu vorstehendem Artikel bemerkt K., daß die Wirkung der Quarzlampe eine sehr ver-

Digitized by Google

schiedene ist, je nachdem die Strahlen durch „ultraviolettes Blauglas" filtriert werden (Tiefenwirkung) oder nicht (oberflächliche Wirkung). Im Gegensatz zu TH. hat er gerade bei Sykosis simplex in chronischer Form und beim papulovesikulösen Ekzem ausgezeichnete Resultate mit der Quarzlampe (Weißlicht) erzielt, wenn auch allerdings die dabei gewöhnlich entstehende heftige Reaktion vorübergehend recht unangenehm sein kann. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bedeutung der Röntgenbehandlung für die Dermatologie, von VICTOR KLINGMÜLLER-Kiel. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, Nr. 1—2.) Die Ausführungen des Verfassers, die als Geleitworte der neuen Zeitschrift bei ihrem ersten Schritt mit auf den Weg gegeben werden, gipfeln in folgenden drei bemerkenswerten Forderungen, deren alsbaldige Realisierung man nur wünschen kann: 1. Schaffung von Dozenturen für Röntgenkunde und Lichttherapie; 2. Einführung von Ärztekursen auf dem Gebiete der Strahlentherapie; 3. Begründung einer geeigneten Zeitschrift. Letztere Forderung ist bereits mit dem vorliegenden ersten Hefte verwirklicht.
Heinrich Rausch-Darmstadt.

Röntgentherapie gutartiger Affektionen, von RUSSEL H. BOGGS-Pittsburgh. (Journ. amer. med. assoc., 1912, 28. Sept.) Besprechung der Röntgentherapie in der Dermatologie; die Ausführungen bringen dem hierin erfahrenen Dermatologen nichts Neues; Verfasser erwähnt keinerlei Maßnahmen zur Messung der verabreichten Dosis. Fendt-Wiesbaden.

Kontraindikationen in der Röntgentherapie, von FRANK SCHULTZ-Berlin. (Verhl. der Dtsch. Röntgenges., Bd. 8.) Verfasser rechnet zu den kontraindizierten Krankheiten nicht nur solche, welche durch die Röntgenbehandlung verschlechtert werden, sondern auch solche, welche einer so langen Röntgenbehandlung zur Heilung bedürfen, daß bei ihnen die Gefahr einer später, oft jahrelang nachfolgenden Röntgenschädigung nicht ausgeschlossen ist. Er schließt demnach von der Röntgenbehandlung aus: Hyperidrosis manuum et pedum, Lichen simplex chronicus, Lichen simplex verrucosus und Lichen ruber planus et verrucosus; ferner alle die Fälle von Strumen (BASEDOW) und Myomen, bei welchen eine spätere Operation nicht mit Sicherheit auszuschließen ist, da hier die Gefahr vorliegt, durch die Röntgenbestrahlungen bindegewebige Verwachsungen hervorzurufen, welche eine Operation ganz erheblich erschweren, das stumpfe Ausschälen der Struma direkt unmöglich machen können. Alle inoperablen malignen Tumoren im Inneren der Brust-, Bauch- und Beckenhöhle sind auch für die Radiotherapie nach SCHULTZ unzugänglich, ja in einem großen Prozentsatz derselben scheint die Röntgentherapie schädigend zu wirken, da häufig ein deutlich beschleunigtes Wachstum und eine ausgedehnte Metastasenbildung erfolgt. Gegen diese letztere Ansicht wenden sich in der Diskussion V. JAKSCH, LEVY-DORN u. a. W. Lehmann-Stettin.

Die Schädigungen bei der Röntgentherapie, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (Journ. amer. med. assoc., 24. Aug. 1912.) Den wohltätigen Wirkungen der Röntgenstrahlen bei vielen pathologischen Zuständen steht die Röntgenverbrennung (Röntgendermatitis), deren schwerere Grade dank der verbesserten Technik seltener geworden sind, gegenüber. Verfasser lernte zwei Fälle kennen, bei denen der therapeutische Effekt schlimmer war als die Krankheit selbst. Einmal handelte es sich um einen Lupus erythematodes faciei, das andere Mal um einen Lupus vulgaris faciei. Exzidierte Knötchen, die durch die Röntgendermatitis entstanden waren, zeigten bei beiden Fällen mikroskopisch aus epithelialen Zellen bestehende perlenartige Gebilde. Aus diesen und einigen anderen vom Verfasser beigebrachten Bei-

Digitized by Google

spielen geht hervor, daß die Röntgentherapie mehr oder weniger gefährlich ist und mit besonderer Sorgfalt gehandhabt werden muß. Fendt-Wiesbaden.

Adrenalinanämie als Hautschutz in der Röntgentherapie, von REICHER und LENZ-Berlin. (Verh. der Dtsch. Röntgenges., Bd. 8.) Die von dem Verfasser schon früher angegebene Methode, die Haut durch Adrenalininjektionen anämisch zu machen, um größere Röntgendosen applizieren zu können, haben sie modifiziert, indem sie das Adrenalin auf dem Wege der Kataphorese in die Haut einführen. „Man nimmt ein Mulläppchen, taucht dies in eine Lösung von zwei Teilen Novokokain plus einen Teil Adrenalin ein, setzt diese Elektrode auf die eine Stelle, die anämisiert werden soll, und benutzt als Kathode dann entweder die Hand derselben Seite oder der anderen Seite. Man benutzt entweder die gewöhnliche in der Elektrotherapie benutzte Elektrode oder auch Bleiplatten oder Stanniolpapier. Es ist dann in 5—10 Minuten eine vollständige Anämie der Haut erreicht, welche ungefähr ½ Stunde anhält und auf diese Weise die Applikation einer Erythemdose oder auch mehr in einer einzigen Sitzung gestattet." In der Diskussion wird das Verfahren gelobt von MEIDNER, der bei den Injektionen oft Nachteile beobachtet hat, die das Verfahren unmöglich machten; dagegen wird das Verfahren verworfen von FRITZ M. MEYER-Berlin, da die Anämisierung durch Kataphorese oft ungenügend ist, meist sehr rasch wieder verschwindet und dadurch die Applikation größerer Dosen unmöglich macht. W. Lehmann-Stettin.

Ionisation bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. KNOWSLEY SIBLEY-London. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3812.) Die wie üblich in Form von Salben, Pasten usw. auf die Haut gebrachten Arzneimittel werden nicht resorbiert. Durch die Anwendung des konstanten elektrischen Stromes ist es jedoch möglich, einige wasserlösliche Arzneimittel durch die Epidermis, die Haarfollikel und die Drüsengänge in die Haut und die subkutanen Gewebe zu bringen: Ionisation oder Kataphorese. Bei einer großen Anzahl von Hauterkrankungen sind durch dies Verfahren gute Erfolge zu erzielen, so bei Alopecia areata, Epithelioma, Chloasma, Keloid, Lupus erythematosus und vulgaris, Morphaea, Narben, Ringworm, Ulcus rodens und simplex. Fendt-Wiesbaden.

Die Vakzinetherapie bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von RICHARD VOLK. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39 und 40.) Die Vakzinetherapie ist bei einiger Vorsicht selbst ohne Bestimmung des opsonischen Index gefahrlos; sie muß als unterstützende Therapie empfohlen werden. Schourp-Danzig.

Physikalische Behandlung von Hautkrankheiten, von EDUARD SCHIFF. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Die physikalische Therapie der Hautleiden ist die Behandlung der Zukunft. Schourp-Danzig.

Die physikalische Therapie der Hautkrankheiten. (Morgagni, 1912, Nr. 59.) Bericht über die unter diesem Namen am internationalen Kongreß in Rom 1912 gehaltenen Vorträge. A. Gunsett-Straßburg.

Die strahlende Wärme und das siedende Wasser im Dienste der Behandlung von chronischen Hautkrankheiten, von JULIUS TÓTH-Szeged. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Empfehlung einer Behandlung chronischer ausgebreiteter Ekzeme, die anderer Therapie trotzen, mit heißer Luft und heißem Wasser, die zwar sehr langsam, aber angenehm und völlig zur Heilung führen sollen, wie Verfasser am eigenen Leibe erfahren hat. H. Lautsch-Graudenz.

Technisches zur Behandlung mit fester Kohlensäure, von E. KRETZMER-Dortmund. (Med. Klinik, 1912, Nr. 29.) Verfasser betont, daß er nach den Erfahrungen mit neuerem Instrumentarium doch wieder zur einfachen Glasspritze mit abgenom-

Digitized by Google

menem Ansatz zurückgekehrt sei; dieselbe braucht nicht wie die Metallzylinder eine isolierende Gummihülse, und ist durchsichtig; der Nachteil, daß man den Schnee nicht direkt aus der Bombe, sondern aus einem Tuch- oder Lederbeutel auffangen muß, ist gering. O. Lasch-Breslau.

Über die Behandlung von Angiomen und Nävi, speziell mittels Kohlensäureschnee, von Albert Salomon-Berlin. (Berl. Klinik, Heft 284, Februar 1912.) Nach Erwähnung der verschiedensten Behandlungsmethoden erreicht man mit Kohlensäureschnee, dessen Anwendung und Technik der Verfasser genau bespricht, die besten Resultate. Bei tieferliegenden Angiomen ist neben der Kohlensäureschneebehandlung die Alkoholinjektion (70—80%) zu verwenden. Auch andere Dermatosen werden durch die Schneebehandlung geheilt. W. Chrzelitzer-Posen.

Der Kohlensäureschnee in der Behandlung von Hautkrankheiten, von A. Plicque. (Bull. méd., 1912, S. 670.) Kurze Übersicht.

Richard Frühwald-Leipzig.

Kohlensäureschneebehandlung in der Dermatologie, von Dr. Meneau. (Le Monde méd., 25. Juli 1912.) Der Verfasser bespricht zunächst die sparsamste und für die Praxis bequemste Form der Herstellung des Kohlensäureschnees und dann die Technik der Anwendung. Die Haut des Patienten an den zu behandelnden Stellen muß mit den Fingern straff angespannt werden, die Oberfläche des Stiftes etwas kleiner sein als die kranke Stelle, um die Umgebung vor Ätzung zu schützen. Das Prinzip der Behandlung besteht im Hervorrufen einer entzündlichen Reaktion, die der plötzlichen, intensiven Abkühlung folgt, und kann von schnell vorübergehender Rötung bis zur tiefen Zerstörung gesteigert werden je nach dem ausgeübten Drucke und der Dauer der Einwirkung. Ausgedehnte Stellen werden besser etappenweise als auf einmal in der ganzen Ausdehnung behandelt; eine Wiederholung der Behandlung einer Stelle darf erst nach völligem Ausheilen der reaktiven Entzündung erfolgen; meist ist es ratsamer, dieselbe Stelle mehrmals milde als einmal sehr energisch zu behandeln, da bei starker Tiefenwirkung leicht entstellende Narben entstehen. Die Behandlung ist meist vollkommen schmerzlos, die durchschnittliche Dauer 10—30 Sekunden; es muß nach dem Alter des Patienten und der Empfindlichkeit der Haut, abgesehen von der Natur der zu behandelnden Affektion individualisiert werden; Verbände sind meist unnötig, nur indifferente Salben zur Vermeidung der Reibung durch die Kleider. Die Resultate der verschiedenen Forscher sind sehr wechselnde; doch ist der Verfasser der Ansicht, daß sich die Methode wegen ihrer Bequemlichkeit, relativen Ungefährlichkeit und in vielen Fällen energischen Wirksamkeit schnell Bahn brechen wird. Die Hauptindikationen sind: Lupus erythematosus (weniger der Lupus vulg.), oberflächliche Epitheliome im Entstehen, und vor allem Verrucae und ganz besonders Nävi und Angiome.

Lasch-Breslau.

Neuere Anschauungen über den Chemismus der Gift- und Heilwirkungen organischer Hg-Verbindungen, von W. Schöller und W. Schrauth-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Heft 29.) In der sehr interessanten Arbeit versuchen die Verfasser uns Aufschluß über den Chemismus der organischen Hg-Verbindungen zu geben. Es spielen bei der Wirkung des Hg im Organismus — der desinfizierenden wie der toxischen — zwei Faktoren eine Hauptrolle: 1. die Art der Bindung; 2. die Schnelligkeit der Ausscheidung. Ich muß es mir hier versagen, näher auf die Details einzugehen, möchte nur hervorheben, daß die Verfasser glauben, daß der Organismus erst den eigentlichen Heilstoff aus der dargereichten Hg-Verbindung — wohl mit Hilfe der Leber — entwickle, und die Frage offen lassen, ob die Wirkung der

Digitized by Google

Abbauprodukte eine mittelbare oder unmittelbare ist, d. h. ob sie als inneres Antiseptikum wirken, oder als Antigen eine chemische Umstimmung des Serums bewirken; in jedem Falle hat der menschliche Organismus die chemische Hauptarbeit zu leisten. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zur Vergiftung mit Quecksilber, von Stanislaw Skudro-Krakau. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Experimente an 170 Mäusen, aus denen hervorgeht, daß das Quecksilber, als Salbe angewendet, während des Flüchtigwerdens eingeatmet wird und nur auf diesem Wege zur Intoxikation führt. Wenn auf diesem Wege eine große Menge von Quecksilber in den Organismus einer Maus gelangt, so ruft das in erster Reihe Entzündungserscheinungen in den Atmungswegen hervor, und das nicht nur in den Bronchien, sondern hauptsächlich im Lungengewebe selbst, indem es in demselben das Bild hämorrhagischer Entzündung erzeugt. Wenn das Quecksilber hingegen in den Organismus durch Vermittlung der Speiseröhre oder durch subkutane Einspritzung eingeführt wird, so kommt es zu Veränderungen in der Speiseröhre und in den Nieren.

In der Literatur hat sich kein einziger Fall einer Quecksilbervergiftung beim Menschen finden lassen, bei dem Entzündungserscheinungen in der Lunge festgestellt worden wären. W. Lehmann-Stettin.

Untersuchung über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten, von J. Abelin-Bern. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr 39.) Die Giftwirkung der Hg-Verbindungen steht in einem gewissen Zusammenhange mit ihrem chemischen Aufbau.

Durch Einführung gewisser Gruppen (Sulfogruppen, Sulfaminogruppen usw.) oder durch Doppelkohlenstoffbindung des Hg kann die Giftigkeit der Quecksilberverbindungen herabgesetzt werden.

Am giftigsten zeigen sich die Hg-Verbindungen, aus denen das Hg leicht in den Ionenzustand übergeführt werden kann (Sublimat, Kalomel, Hg succinimidatum).

Die aromatischen metallorganischen Hg-Verbindungen, aus denen das Hg nicht leicht in den Ionenzustand übergeht, sind ungiftiger wie die anderen leicht ionisierbaren Hg-Verbindungen.

Nach Injektion der verschiedenen Hg-Verbindungen findet man konstant Hg in der Leber. Auch die Ödeme erweisen sich meist Hg-haltig.

Die toxikologischen und pharmakologischen Untersuchungen geben Resultate, die im Einklang mit den therapeutischen Ergebnissen stehen und für die Überlegenheit der aromatischen Hg-Verbindungen sprechen.

O. Junghanns-Dresden.

Quecksilber, Leber und Niere, von Morel, G. Mouriquand und Policard. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1422.) Ähnlich wie mit Salvarsan, haben die Verfasser auch mit Quecksilber Ratten behandelt und dann in den inneren Organen auf Hg untersucht. Sie fanden in den Nieren etwa doppelt soviel Quecksilber wie in der Leber. Hg ist also im Gegensatze zu Salvarsan nephrotrop.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Veränderungen der Schweißdrüsen bei der Sublimatvergiftung, von C. Lombardo-Pisa. (Pathologica, 1912, Nr. 92, S. 522.) Bei der Sublimatvergiftung sind in den Schlauchdrüsen der Haut auf histochemischem Wege keine Alterationen nachweisbar. Die von anderen Verfassern berichteten positiven Befunde sind auf Fehler bei der Technik oder auf falsche Deutung zurückzuführen.

Die histologischen Untersuchungen welche Verfasser besonders in den tiefer

Digitized by Google

liegenden Drüsen der Haut der Achselhöhle fand, sind nicht auf eine direkte Wirkung des Quecksilbers, sondern auf diejenige der Giftstoffe zurückzuführen, welche infolge unterdrückter oder stark beeinträchtigter Funktion der Hauptausscheidungsorgane im Organismus retiniert wurden. K. Rühl-Turin.

Wirkung des Quecksilbers und seiner Salze auf die Parotisdrüse, von EMILIO GIANI-Pavia. (Sperimentale, Bd. 66, Nr. 5.) „Die Veränderungen der Parotisdrüse im Gefolge der Quecksilbervergiftung sind primär und werden durch die Eliminierung des Quecksilbers durch die Parotis erzeugt. Diese Eliminierung kann in der Drüse auf histochemischem Wege nachgewiesen werden. Das Quecksilberdepot ist nur in den Fällen von akutem Merkurialismus konstant, wenn man annehmen kann, daß der Organismus damit gesättigt ist und wenn die Haupteliminierungsorgane nicht mehr davon aufnehmen können. Die Größe der Parotisläsionen ist proportional der Quecksilbermenge, welche sich in derselben lokalisiert und durch dieselbe eliminiert wird. Der Speichel ist nicht der Haupteliminierungsweg des Quecksilbers." A. Gunsett-Straßburg.

Aphoristische Bemerkungen zur Arsentherapie in der Dermatologie, von JADASSOHN-Bern. (Ther. Monatsh., Jan. 1912.) Während Lichen ruber planus und Verrucae planae juveniles prompt durch Arsenmedikation beeinflußt werden, ist dieses bei Psoriasis nicht der Fall. Zwei Fälle von durch Arsen schnell geheilter Psoriasis bei nahen Blutsverwandten gleicher Konstitution (Fettleibigkeit) beweisen, daß das Terrain mit diesem Erfolg in Beziehung stand. Weniger sicher ist die Frage zu entscheiden, ob auch die Eigenart des psoriatischen Prozesses Differenzen in der Arsenwirkung bedingen kann. Besonders die Psoriasis palmaris und plantaris scheinen Verfasser oft gut durch Arsen beeinflußt zu werden, und bei ihnen wird auch gelegentlich eine lokale Reaktion beobachtet. Da letztere sonst nur bei Infektionskrankheiten beobachtet wird, so liegt vielleicht darin ein Hinweis auf die Ätiologie des Lichen ruber planus und der Psoriasis. Das nach einer Reaktion oder auch sonst nach Arsengaben zuweilen auftretende Jucken soll eine Veranlassung sein, das Arsen auszusetzen.

Von besonderem Interesse ist die Anschauung des Verfassers, daß die Zellen der Haut an Handtellern und Fußsohlen besonders avide Arsenrezeptoren haben müssen. Die an diesen Stellen auftretende Hyperkeratose ist das Folgestadium einer manifest werdenden oder latent bleibenden Arsenentzündung. Analogien hierzu bieten das Keratoma palmare et plantare hereditarium, wo die Ursache der Schädigung des Keimplasmas unbekannt ist, und die Hyperkeratosen bei Blennorrhöe. Auf eine andersartige biochemische Beschaffenheit des Gewebes der Mundschleimhaut ist es zurückzuführen, daß die Licher ruber-Effloreszenzen daselbst auf Arsen nicht abheilen. Ferner zeigen die Spinalganglien eine spezielle „Tropie" zum Arsen, wie die mit der Melanodermie häufigste Arsendermatose, der Arsenzoster, erweist. Arthur Schucht-Danzig.

Über die Beeinflussung der Atoxylwirkung durch Organbrei, von L. ARZT und W. KERL. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Die Meinungen über die Heilkraft des Atoxyls gehen noch sehr weit auseinander; während EHRLICH einen reduzierenden Vorgang als Grundbedingung der Atoxylwirkung annimmt, glaubt LEVADITI, daß die Wirkung des Reduktionsproduktes erst dadurch zustande kommt, daß sich dasselbe mit dem Lebereiweiß verbindet und ein toxinartiges Gebilde ein „Toxalbumine arséniée" bildet. Auch andere Verfasser nehmen eine Veränderung des Atoxyls im Körper an, glauben aber, daß durch einen Oxydationsprozeß Arsen frei werde.

Digitized by Google

Die Verfasser haben nun aus Gehirn und Leber junger Kaninchen einen Organbrei hergestellt und Atoxyl zusammen mit Organbrei einer Reihe von Tieren experimentell zugeführt. Aus den Versuchen ziehen die Verfasser folgende Schlußfolgerungen:

1. Durch Einwirkung von Organbrei auf Atoxyl entstehen für das Tier toxische Substanzen.

2. Zwischen Leber und Gehirn besteht eine Differenz, indem der Zusatz von Leberbrei die Toxizität des Atoxyls bedeutend mehr erhöht als der von Gehirnbrei.

3. Ersetzen des Leberbreies durch Glykogen ergibt ebenfalls eine äußerst toxische Substanz.

4. Durch Verwendung von Lezithin, Cholestearin, Nuklein an der Stelle des Gehirnbreies, konnte keine für das injizierte Tier toxische Substanz erhalten werden.

W. Lehmann-Stettin.

Das Salvarsan (Winke für die Praxis), von E. Hg. (Pharm. Ztg., 1911, Nr. 21.) Verfasser gibt einige Winke für die Fertigstellung von Salvarsanlösungen, die für den Praktiker, der nach den Vorschriften, die den Salvarsanampullen beigefügt sind, arbeitet, nichts Neues enthalten. Das Salvarsan soll in der Originalpackung an einem vor Licht und Wärme geschützten Orte aufbewahrt werden und unbegrenzte Zeit haltbar sein. Die Verwendung der fertigen Lösungen soll möglichst bald geschehen. Ölanreibungen des unveränderten, d. h. nicht alkalisierten Salvarsans sind unter vollkommenem Luftabschluß einige Tage haltbar.

O. Lasch-Breslau.

Einfache Methode der Salvarsananwendung, von Fowler. (Indian Medical Gazette, Oktober 1911.) Verfasser löst das Salvarsan in der Spritze mit 2 ccm einfachem abgekochten Olivenöl und injiziert diese saure Emulsion intramuskulär.

W. Lehmann-Stettin.

Versuche mit dem Bornmschen Schnelldestillator (Hysan) und die Salvarsanresistenz der Blutkörperchen, von Hans Mühsam-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Beschreibung eines handlichen Apparates zur Schnelldestillierung von Wasser für Salvarsaninfusionen. Verfasser ist jedoch der Ansicht, daß der Gehalt des käuflichen destillierten Wassers an gelöstem Bakterieneiweiß nicht allein der Grund für das Auftreten unangenehmer Nebenwirkungen bei Salvarsaninfusionen ist. Aus Beobachtungen in vitro, durch Zusatz von Salvarsanlösung zu defibriniertem Blut, vermutet er, daß ähnlich wie bei den Reagenzglasversuchen auch im Körper eine wenn auch noch so geringe Hämolyse auftritt, wie denn auch bisweilen nach Salvarsaninfusionen im Urin das Blutfarbstoffspektrum nachweisbar war.

H. Lautsch-Graudenz.

Salvarsan und bleihaltiges destilliertes Wasser, von Sicard und Leblanc. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Die Verfasser beobachteten nach intravenösen Salvarsaninjektionen schwere Intoxikationserscheinungen. Das Auftreten eines Bleisaums am Zahnfleisch ließ sie an Bleiintoxikation denken. Es stellte sich heraus, daß das Glas des Destillierapparates Blei enthielt, welches ins destillierte Wasser überging.

A. Gunsett-Straßburg.

Salvarsan und Nervensystem, von Spiethoff-Jena. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20 und 21.) Verfasser erklärt unumwunden, daß die Zahl der Neurorezidive bei der Lues im Anschluß an die Salvarsantherapie eine erhebliche Steigerung erfahren hat, aber die Ursache dieser Erscheinung ist hauptsächlich in einer unzweckmäßigen und namentlich in einer unzureichenden Anwendung des Mittels zu suchen, wie er an verschiedenen Beispielen demonstriert. Allerdings

Digitized by Google

besitzt das Salvarsan eine besondere Affinität für das Nervensystem, die sich schon bei kleinen Dosen äußern kann; ist diese also zur Geltung gekommen, ohne daß gleichzeitig die Spirochäten in genügendem Grade unschädlich gemacht sind, so können üble Folgen kaum ausbleiben. Zur Diagnose der zerebralen und spinalen Reizungen, welche gelegentlich auch die gewöhnlichen Symptome der Kopfschmerzen, Kopfdruck oder allgemeiner nervöser Zustände vermissen lassen, gibt das Resultat der Lumbalpunktion die sichersten Aufschlüsse, und dieser Eingriff steht auch in therapeutischer Hinsicht an erster Stelle. Diese Deduktionen gründen sich auf Beobachtungen bei 616 Fällen, welche Verfasser bis zum 8. Februar 1912 behandelt hat Unter diesen kamen sechs Neurorezidive vor. Besondere Beachtung verdient wohl ein Fall von schwerer Neuritis optica, der schließlich unter konsequenter Salvarsanbehandlung in Verbindung mit Kalomelinjektionen völlig ausheilte. Bei allen Fällen von Neurorezidiv war die erste Salvarsandarreichung nach heutigen Begriffen als zu gering zu bezeichnen. Ebenso hatte ein am 12. X. 1911 unter den Erscheinungen zerebrospinaler Reizung verstorbener 19jähriger Patient nur eine einmalige Dosis von 0,5 erhalten. Bei diesem wie auch bei anderen Fällen trat als Salvarsanwirkung eine recht erhebliche Steigerung des Liquordruckes hervor. Betreffs der Tabes empfiehlt Verfasser stets einen Versuch mit Salvarsan zu machen, d. h. nicht etwa einzelne verzettelte Gaben zu verabreichen, sondern planmäßig in ausgiebiger Weise eine volle Salvarsanwirkung anzustreben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einfluß der subkutanen Salvarsaninjektionen auf den Stoffwechsel, von J. MARISCHLER und N. SCHNEIDER. (Lwowski Tyg. lek., 1912, Nr. 5—6.) Verfasser untersuchten in drei Fällen von Lues den Einfluß subkutaner Salvarsaninjektionen auf den Stoffwechsel und fanden, daß dieselben die Vermehrung der Kalkausscheidung zur Folge haben. Die Ursache dieser Erscheinung kann nach Meinung der Verfasser verschiedenartig sein: entweder verbindet sich das saure (wenn auch vor der Einspritzung alkalisch gemachte) Salvarsan mit den Basen im Organismus, oder es ruft einen Zerfall der luetischen Infiltrate hervor und gibt auf diese Weise Anlaß zur Elimination der Elemente derselben, oder endlich handelt es sich um Zerfallsprodukte der Venenthrombosen, die durch die Salvarsaneinspritzungen entstehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Tierversuche über den Einfluß des Salvarsans auf den Verlauf nichtsyphilitischer Injektionen, von LEON FEUERSTEIN. (Lwowski Tyg. lek., 1912, Nr. 22.) Die Versuche des Verfassers wurden im hygienischen Institut der Lemberger Universität ausgeführt und zerfallen in zwei Gruppen.

In der ersten wurden zu den Versuchen Bakterien gewählt, welche bei den Tieren allgemeine Infektionen (Bakteriämie oder Pyämie) hervorrufen. Als Versuchstiere dienten Kaninchen, welche mit frischen Kulturen von Diplococcus pneumoniae, Bacillus pyocyaneus und Staphylococcus aureus infiziert wurden.

In jeder Versuchsreihe wurde von diesen Bakterien dasselbe Quantum je zwei Tieren einverleibt; einem von diesen wurde unmittelbar danach auch Salvarsan intravenös injiziert (0,04 pro Gewichtskilogramm).

Die zweite Gruppe umfaßt Versuche mit Infektion der Mäuse mit Bacillus tetani, die als Typus der ektotoxischen Infektionen gewählt wurde. Das tetanushaltige Material wurde mehreren Mäusen in derselben Menge einverleibt; die Hälfte der Tiere bekam unmittelbar danach auch Salvarsan subkutan.

Weder in der ersten Gruppe noch in der zweiten sprechen die Resultate für

Digitized by Google

einen deutlichen Einfluß der Salvarsaninjektionen auf den Verlauf der erwähnten Infektionen. In manchen Versuchen schien es, daß das Salvarsan der Entwicklung der Infektion entgegenwirkt, in anderen aber konnte dies keineswegs festgestellt werden.

Die Versuche des Verfassers bestätigen nicht die Resultate von JAKIMOFF (aus dem Laboratorium EHRLICHS), soweit sich dieselben auf die Versuche beziehen, welche den Einfluß (allerdings abgetöteter) Bakterienendotoxine auf die Giftigkeit des Salvarsans verfolgten, wobei das Salvarsan nicht gleichzeitig mit den Endotoxinen, sondern unmittelbar nach oder vor den letzteren den Tieren einverleibt wurde. Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Einige Fälle von Salvarsananwendung in der inneren Medizin, von L. GOLUBININ-Moskau. (Ther. der Gegenwart, Nov. 1911.) In dieser interessanten Studie gibt Verfasser eingehende Krankheitsgeschichten von 1. einer Gruppe von Erkrankungen der Leber syphilitischer Natur. In allen Fällen war eine sehr günstige Einwirkung des Salvarsans zu konstatieren; 2. chronischen Malariaerkrankungen. In einem Falle hörten nach einer intravenösen Salvarsaninfusion die bis dahin sehr hartnäckigen Anfälle ganz auf. In zwei anderen Fällen, wo Malariakachexie mit periodischen Temperaturerhöhungen vorhanden war, wurde Besserung des Allgemeinzustandes und Verkleinerung der chronisch vergrößerten Milz erzielt; 3. drei Fällen von Polyarthritis, wo hereditäre bzw. akquirierte Lues in der Anamnese vorlag und außerdem die WASSERMANNsche Reaktion positiv ausfiel. Alle Fälle waren auf die verschiedenste Weise längere Zeit erfolglos behandelt und wurden durch Salvarsan erheblich gebessert. Arthur Schucht-Danzig.

Salvarsan bei anderen Krankheiten als Syphilis. (Monde méd., 1912, Nr. 439.) Referat über Bekanntes. Von Malariaerkrankungen sind die Tertiana durch Salvarsan geheilt. Quartana und tropische Fieber nur vorübergehend gebessert. Chinin vollendet die Heilung.

PICHLER hat einen Fall von Filariosis mit konsekutiver Chylurie durch eine intravenöse Injektion von 0,5 geheilt. Keine Parasiten in Blut und Urin mehr! Werther-Dresden.

Salvarsan in der Landpraxis, von HANELESS. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 39 und 40.) Als Leiter eines Landschaftshospitals hat Verfasser das Salvarsan bei 331 Kranken, größtenteils intramuskulär, aber auch intravenös angewandt und hält dasselbe für die Landpraxis sehr wertvoll. H. ist ein Anhänger der kombinierten Behandlung mit Salvarsan, Hg und JK. Arth. Jordan-Moskau.

Der Metabolismus des Salvarsans, von JAYMES FERREIRA-Lissabon. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 21.) Der Artikel enthält nichts Neues. A. Gunsett-Straßburg.

Die Pharmakologie des Salvarsan, von C. PÉPIN. (Journ. de Pharm. et de Chim., 1. und 16. März 1912.) Verfasser bespricht kurz die chemischen Eigenschaften des Mittels, dann eingehend die Herstellung der verschiedenen Lösungen, deren Verdünnungen und Konservierung. Zum Schlusse einige Rezepte für Salvarsan als Gurgelwasser, Suppositorium usw. Richard Frühwald-Leipzig.

Arsennachweis im Harn nach der Anwendung von Salvarsan, von W. A. MERKURIEW-Charkow. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 16.) Die Methode der Arsenbestimmung im Harn von GUTSCHEID, modifiziert von A. W. BURNASCHEW, scheint die einfachste und handlichste zu sein, da sie auch Nichtspezialisten, die kein Laboratorium zur Verfügung haben, ermöglicht, den Harn zu untersuchen. Verfasser ist bei 35 Untersuchungen bei täglicher Arsenbestimmung in der täglichen

Digitized by Google

Harnportion zu folgenden Schlüssen gekommen: die Quantität des zur Ausscheidung gelangenden Arsens ist sowohl in den verschiedenen Fällen als auch in einem und demselben Fall Schwankungen unterworfen, die mit der Dosis augenscheinlich nicht im Zusammenhang stehen.

Bei muskulärer Injektion sind die Schwankungen weit stärker als bei der venösen ausgeprägt; außerdem dauert die Arsenausscheidung wesentlich länger.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der Idiosynkrasie gegenüber Salvarsan, insbesondere sind Hautimpfungen mit Salvarsanlösung zur Feststellung einer vorhandenen Idiosynkrasie brauchbar? von K. Zieler-Würzburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Auf die in der Überschrift gestellte Frage ist nach den Versuchen, welche Z. zur Prüfung derselben anstellte, mit einem glatten Nein zu antworten. Auf die intrakutane Injektion von 0,001 reagierten fast alle die untersuchten 21 Versuchspersonen, und 4 sogar schon auf 0,0001 mit deutlichen Läsionen in der Haut; dabei waren die Patienten teils mit Salvarsan (unter Reaktionserscheinungen an der Haut) schon vorbehandelt, teils nicht, und bei späterer Darreichung von Salvarsan traten auch bei den eine starke Hautreaktion darbietenden Patienten keine bemerkenswerten Nebenerscheinungen bei der Therapie hervor. Aus theoretischen Gründen auch hält es Verfasser für unzulässig, die durch ein chemisches Präparat hervorzurufenden Hauterscheinungen in Parallele zu stellen etwa mit einer Tuberkulinwirkung. Unter ausführlicher Begründung und Anführung von beweiskräftigen Fällen legt Z. ferner dar, daß die nach Salvarsan auftretenden Exantheme als Zeichen einer Arsenidiosynkrasie aufzufassen sind. Trotzdem sie in der Regel nach längerer (bei Reinfektionen verkürzter) Inkubationszeit auftreten, ist es gänzlich verfehlt, hieraus auf eine Analogie mit Serumkrankheit resp. Anaphylaxie zu schließen. Es handelt sich vielmehr hierbei um eine erworbene, durch Kumulation geweckte Idiosynkrasie. Diese Kumulation kann (als funktionelle) schon nach einer einzigen Injektion sich zeigen. Angeborene Idiosynkrasie wurde von Verfasser nicht beobachtet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Nebenwirkungen des Salvarsans, von J. Lenartowicz. (Lwowski Tyg. lek., 1912, Nr. 11—12.) Objektive Besprechung der lokalen und allgemeinen Nebenwirkungen der intravenösen Salvarsaninjektionen. Verfasser macht unter anderem auf die Thrombosen aufmerksam, die ab und zu in Entfernung von einigen Zentimetern von der Injektionsstelle im Verlaufe der Vene auftreten, und die er selbst in zwei Fällen beobachtete. Da die Lokalisation dieser Venenthrombosen, die übrigens ganz harmlos verliefen, den Stellen entsprach, wo der Arm durch die Stauungsbinde gedrückt wird, vermutet Verfasser, daß die Ursache dieser Erscheinung in einer durch den Druck der Stauungsbinde hervorgerufenen Verletzung der Venenwand liegen könnte.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Eine Salvarsanreaktion an den Zähnen, von F. Zimmern-Frankfurt a M. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) In der Herxheimerschen Klinik wurden wiederholt bei und nach Salvarsaninfusionen Schmerzen in den Zähnen beobachtet, die 1—2 Stunden anhielten. Es handelte sich immer um Kranke, die von einer Hg-Behandlung mehr oder weniger Stomatitis hatten. Bei nur mit Salvarsan behandelten Fällen trat diese Reaktion nicht auf.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Wirkungen von Salvarsan auf das Auge, von Robert G. Reese-New York. (New York med. journ., 29. Juni 1912.) Salvarsan ist ein unschätzbares Hilfsmittel bei der Behandlung der Augenlues geworden, und die einzige Kontraindikation gegen dasselbe bildet die einfache, nicht entzündliche Atrophie des Nervus opticus.

Digitized by Google

Die Wirkung des Salvarsans ist rascher als jene des Quecksilbers, aber dasselbe darf durch Salvarsan nicht verdrängt werden, ausgenommen in besonders ausgewählten Fällen. Salvarsan ist besonders wertvoll in Verbindung mit Quecksilber und Jod. Wegen der raschen Wirkung sollte es intravenös gegeben werden, was auch der für den Patienten angenehmste Modus ist. Stern-München.

Salvarsan und Nervus opticus, von Gabriel Peythieu. (Thèse de Toulouse, 1912, Nr. 1004.) Für das gesunde Auge ist das Salvarsan unschädlich. Ebenso für den neuritisch erkrankten Optikus, denn die Neurorezidive, die ihm zugeschrieben wurden, sind nichts anderes, als Rezidive syphilitischer Neuritiden. Wegen seiner Unschädlichkeit, Wirksamkeit und Schnelligkeit derselben ist das Salvarsan von besonderem Werte in Fällen von syphilitischer Optikusneuritis. Doch darf seine Anwendung hier nur eine ausnahmsweise sein, und stets muß ihr eine richtige Quecksilberkur angeschlossen werden. Bei Optikusatrophie haben einige Verfasser einen Erfolg unter der Einwirkung des Salvarsans beschrieben; die bisher seit der Anwendung des Präparates verflossene Zeit ist aber noch zu kurz, um schon ein abschließendes Urteil zu gestatten. Keinesfalls darf aber das Salvarsan die alleinige Therapie bei Optikusatrophie bilden. Fritz Loeb-München.

Vorläufige Mitteilung über Salvarsanschäden am Gefäßsystem nach intravenösen Injektionen, von Wagner-Graz. (Allg. med. Centralztg., 1912, Nr. 28.) Verf. geht bei seiner Arbeit von folgendem Gedankengang aus: Bei intramuskulären Salvarsaninjektionen werden Nekrosen erzeugt. Eine Substanz, welche eine Nekrose der Muskeln erzeugt, wird um so eher eine Nekrose der viel feineren Intima der Gefäße erzeugen können, was doch bei den intravenösen Injektionen in Betracht kommt. Zur Entscheidung dieser Frage wurden 0,3 Salvarsan in 200 Kochsalzlösung unter Zusatz von Alkali, wie üblich, gelöst. Von dieser Lösung wurden körperwarm einem Kaninchen 4 ccm und zweien je 7 ccm in die Ohrvene unter streng aseptischen Kautelen infundiert. Die beiden letzten Kaninchen, nach fünf und zehn Wochen getötet, zeigten ausgebreitete Veränderungen der Intima, der Bauch- und Brustaorta, sowie verruköse und geschwürige Endokarditis. Verfasser will die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt auf diese Erscheinungen lenken, da doch derartige Veränderungen auch beim Menschen vorkommen können. Er legt sich ferner die Frage vor, ob derartige Schädigungen nicht zu Arteriosklerose führen könnten. Ferner sind Fälle berichtet worden, wo nach intravenösen Salvarsaninfusionen Exitus eintrat und die Sektion eine Septomeningitis ergab. Sind nun solche Fälle, bei denen der Exitus unter enzephalitischen Symptomen eintrat, auf eine durch Salvarsanschädigung entstandene Endarteriitis der Hirngefäße zurückzuführen? In welcher Konzentration ist Salvarsan für die Gefäßintima unschädlich? Das sind Fragen, welche nach des Verfassers Ansicht noch der Klärung bedürfen. Kobligh-Dresden.

Aortenerweiterung und Salvarsan, von Declou und Gaudduchan. (Bull. méd., 1912, S. 474.) In zwei Fällen von Aortenerweiterung haben die Verfasser Salvarsan angewendet und dadurch ein Verschwinden der Schmerzen erzielt. Das röntgenologische Verhalten der Aorta blieb unverändert. Die Verfasser glauben, daß das Salvarsan auf die periaortitischen Veränderungen gewirkt habe.

Richard Frühwald-Leipzig.

Tod nach Salvarsan, von W. C. M'Donnell-London. (Brit. med. Journ., 18. Mai 1912.) Ein kräftiger Mann von 23 Jahren erhielt mit einem Zwischenraum von acht Tagen zwei intravenöse Injektionen von je 0,6 Salvarsan wegen eines nicht ulzerierten Primärsyphilids. Während die erste Injektion fieberlos und ohne irgend welche

Digitized by Google

Beschwerden vertragen wurde, stellten sich 48 Stunden nach der zweiten unter mäßigen Temperatursteigerungen zerebrale Erscheinungen, Verwirrtheit, Krämpfe, Schling- und Atmungsbeschwerden ein, und der Tod erfolgte am vierten Tage nach der Einspritzung durch Versagen der Atmungstätigkeit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Salvarsantod, von TH. V. MARSCHALKO und VESZPRÉMI. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Die sogenannten Enzephalitistodesfälle nach Salvarsaninfusionen bestehen in multiplen Hämorrhagien im Gehirn, die durch die toxische Wirkung des Mittels selbst hervorgerufen sind, wie am Tierversuch nachgewiesen.

Der sogenannte „Wasserfehler" (Wasserbakterienendotoxine) erhöht im Tierversuch die Toxizität des Salvarsans nicht. Bei den Intoxikationen scheint dagegen stets eine zu hohe Dosierung zugrunde zu liegen.

Es sei demnach dringend geboten, zu kleineren Dosen überzugehen, zumal durch öftere kleinere Dosen ganz dieselbe Heilwirkung, nur ohne die Gefahr der Intoxikation, erreicht werden kann. V. Caesar-Dresden.

Salvarsan als Klystier, von SELINSKI. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 39.) Die Anwendung des Salvarsans in Klystierform, nach dem Vorgang von GELEY (0,3—0,4 Salvarsan in 150,0—200,0 physiologischer Kochsalzlösung und Zusatz von 15% Natrium causticum-Lösung soviel als nötig), hält S. für die einfachste, schmerzloseste, dem Kranken angenehmste und daher sich für die Sterilisatio fractionata am meisten eignende Behandlung. Arth. Jordan-Moskau.

Über vergleichende Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan, von H. E. KERSTEN. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 65, Heft 4—5.) Nachdem in einer ersten Versuchsreihe die Dosis tolerata, das ist die Dosis, die eben noch von den Tieren ohne dauernden Schaden vertragen werden kann, festgestellt wurde, wurden in der zweiten Reihe von Experimenten Heilversuche, und zwar ausschließlich an weißen Mäusen, die mit Rekurrens und Nagana geimpft waren, angestellt. In beiden Fällen sind die Heilversuche zugunsten des Neosalvarsans ausgefallen. Die Vorzüge desselben bestehen aber außer in seiner erhöhten therapeutischen Wirksamkeit (wenigstens im Tierversuch) noch in seiner leichten Löslichkeit unter Fortfall der Natronlauge, in seiner absoluten neutralen Reaktion in wässeriger Lösung und in seiner geringeren Giftigkeit beim Tier wie auch beim Menschen. Ohne weiteres sind natürlich diese bei Rekurrens und Nagana der Tiere beobachteten Tatsachen nicht auf den Menschen, speziell die menschliche Lues, auszudehnen, die von SCHREIBER und STÜHMER (an 320 Patienten mit ca. 1200 Injektionen) aber gemachten Erfahrungen decken sich wenigstens bezüglich der Toxizität fast völlig mit den bei den Tieren konstatierten. Stern-München.

Salvarsan und Neosalvarsan, von HERBSMANN. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 42.) H. hat sich bei Ausführung von insgesamt 160 Injektionen von Neosalvarsan davon überzeugt, daß es verhältnismäßig schwächer wirkt als das Salvarsan, und daß nach demselben häufiger als beim Salvarsan unangenehme Nebenwirkungen, speziell Herpes zoster und Ikterus auftreten Arth. Jordan-Moskau.

Über Neosalvarsan, von E. SCHREIBER-Magdeburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 17.) Weitere Untersuchungen haben EHRLICH ein Derivat des Salvarsans geliefert, welches als eine formaldehydsulfoxylsaure Verbindung desselben sich darstellt. Dies Präparat, ein gelbliches Pulver, hat SCH. bei 230 Patienten mit etwa 1200 Injektionen seit Oktober vor. J. in analoger Weise wie das Salvarsan verwandt. Dasselbe hat den Vorzug, weniger toxisch als jenes zu sein (1,5 des

Digitized by Google

neuen = 1,0 des alten Präparates), sich prompt in Wasser zu lösen und völlig neutral zu reagieren. Die Heilwirkung war zum mindesten derjenigen des ersten Salvarsans gleich. Bei der Applikation ist alles, was eine Oxydation zu fördern geeignet ist, allzu kräftiges Schütteln, nachträgliches Erwärmen der Lösung, längeres Stehenlassen usw., sorgsam zu meiden. Im allgemeinen zieht Verfasser auch für das Neosalvarsan die intravenöse Darreichung vor, doch kann man bei exaktem Verfahren auch sehr wohl intramuskuläre Injektionen ohne irgend welche wesentliche Störungen applizieren. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dosierung und Giftigkeit des Neosalvarsans, von ROBERT DUHOT-Brüssel. (Rev. belge d'urol. et de Dermato-Syphiligraphie, 1912, Nr. 3.) Der Verfasser ist ein begeisterter Anhänger des Salvarsans und gegenüber den Vorzügen der Neosalvarsantherapie sehr skeptisch; er hat die Überzeugung, daß da, wo man die Vorzüge des Neosalvarsans ausnützen wolle, man die Patienten sehr gefährden würde. Die Dosen von 1,5 g bei Männern und 1,2 g bei Frauen, viermal wiederholt mit zweitägigen Intervallen, wie SCHREIBER es vorschreibt, scheinen dem Verfasser überaus gefährlich. Während er bei 9000 Injektionen von Salvarsan keinen schweren Zufall erlebt hat, hat er nach Neosalvarsan recht unangenehme Störungen des peripheren Nervensystems auftreten sehen: in milderen Formen abnorme Luxationen, dann Fehlen oder Nachlassen der Reflexe (besonders Achillessehnen- und Patellarreflexe), aber auch schwere Ataxien bis zur völligen Gehunfähigkeit, so daß es vor jeder Wiederholung einer Injektion Pflicht sei, sich über die Beschaffenheit der Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten zu orientieren. Während die schweren Zufälle nach Salvarsaninjektionen (Enzephalitis) meist ganz akut oder nach kurzdauernden Prodromen sich ereigneten, tritt die Polyneuritis nach Neosalvarsan mehr schleichend auf. D. erkennt die Vorzüge des Neosalvarsans sehr wohl an: es ist neutral, leicht löslich, führt nicht zur Präzipitation des Blutes, ist bequem infundierbar, unschädlich für Gehirn, Nieren und Herz, und trotzdem schließt D. mit den Worten, daß nach seiner Überzeugung das Salvarsan seinen ersten Platz in der Arsenbehandlung der Syphilis behaupten werde.

Otto Lasch-Breslau.

Über Neosalvarsan, von GRÜNFELD-Odessa. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 25.) Hebt die leichte Lösbarkeit und die geringeren Nebenerscheinungen hervor. Werther-Dresden.

Über Neosalvarsan, von A. G. RYTINA-Baltimore. (New York med. Journ., 29. Juni 1912.) R. hatte schon früher mit dem (alten) Salvarsan, welches er an 300—400 Patienten seit Oktober 1910 mit über 500 intravenösen Injektionen angewandt hat, so gute Erfolge, daß er eine Injektion in der Wirkung als einer kombinierten 4—5 monatigen Quecksilber-Jodbehandlung gleichkommend erklärt, und wandte nun das Neosalvarsan mit mindestens dem gleichen Erfolge an, und zwar in 21 intravenösen und 28 intramuskulären Injektionen. Die Spirochäten verschwinden innerhalb 24—48 Stunden aus den Schankergeschwüren, den Schleimhautplaques und Kondylomen, und die klinischen Erscheinungen gehen wenigstens ebenso rasch zurück wie mit Salvarsan. Die Indikationen, Gegenindikationen und Voruntersuchungen sind die gleichen wie für Salvarsan. Die Injektionen sind frei von den heftigen allgemeinen und Lokalerscheinungen, die oft den Salvarsaninjektionen folgen. In Anbetracht der neutralen Reaktion eignet sich das Neosalvarsan sehr wohl zur intramuskulären Injektion, welche eine länger anhaltende Wirkung ermöglicht. R. verfolgt in all seinen Fällen sorgfältig die WASSERMANN-

Digitized by Google

sche Reaktion, möchte aber bei der noch zu kurzen Beobachtungszeit von weitergehenden Schlußfolgerungen vorläufig absehen. Stern-München.

Vorläufiger Bericht über Neosalvarsan, von ABR. L. WOLBARST-New York. (Med. Record, 27. Juli 1912.) Verfasser hat bis jetzt 30 Patienten 40 Injektionen gegeben, davon 17 intravenös und 23 intramuskulär. Was er über die Eigenschaften des Neosalvarsans, die leichte Löslichkeit und die Technik der intravenösen Zuführung sagt, bringt nicht Neues. Nach seinen Erfahrungen ist Neosalvarsan, wenn es direkt in das Gewebe kommt, schmerzhafter als Salvarsan, wird aber viel rascher resorbiert und hinterläßt infolgedessen viel weniger leicht schmerzhafte Infiltrate. Bei geeigneter Vorsicht hat er nie unangenehme Nebenerscheinungen und auch keine Temperatursteigerungen erlebt, hält aber strikte darauf, daß alle Patienten 10—12 Stunden nach der Zuführung im Bett bleiben, und 4 Stunden vor und nach der Injektion nichts zu essen bekommen.

Da nach EHRLICH sich das Neosalvarsan besonders zur intramuskulären Injektion eignen soll, hat Verfasser Versuche vorgenommen mit Lösungen in Wasser und Glyzerin, mit Suspensionen in Jodipin usw., sie aber sämtlich als zu schmerzhaft verlassen müssen. Er ist schließlich dazu übergegangen, das Neosalvarsan in 3—4 ccm Glyzerin zu lösen und dieser Lösung einige Tropfen 1%igen Eukains zuzufügen; wenn er dann diese 4 ccm Flüssigkeit auf vier Injektionsstellen verteilte, war die Sache erträglich und anscheinend wirksamer als die intravenöse Zuführung. W. Lehmann-Stettin.

Erste Bemerkungen über das Neosalvarsan, von LEREDDE. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 27.) Der Verfasser fand das Neosalvarsan an Wirksamkeit dem Altsalvarsan gleichwertig. Er teilt die Krankengeschichte einer 30jährigen Frau mit schwerer Tabes mit, welche 1911 zwei Salvarsaninjektionen erhielt, auf welche sich die Symptome noch verschlimmerten. Mit vier Injektionen Neosalvarsan (0,3, 0,5, 0,6 und 0,75) erzielte er eine ganz bedeutende Besserung.

A. Gunsett-Straßburg.

Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan, von WECHSELMANN-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Bei Schlafkranken wurden bereits von einigen Verfassern Arsenikalien in den Lumbalsack mit Nutzen injiziert. Da nun das zentrale Nervensystem, besonders die Meningen, bei Syphilis schon in der präroseolaren Epoche befallen werden und die Erkrankung besonders hartnäckig ist, indem unsere spezifischen Mittel viel schwerer die Lymphräume des zentralen Nervensystems zu sterilisieren scheinen als die der Haut und Schleimhäute, so injizierte W. bei Paralytikern 2, 4 und 7 ccm einer Neosalvarsanlösung 0,15:100,0, bei zwei Neugeborenen je 1 und 2 ccm dieser Lösung. Diese Eingriffe wurden reaktionslos vertragen und sollen weitere Erfahrungen gesammelt werden.

Werther-Dresden.

Erfahrungen mit dem SCHINDLERschen Joha in der Praxis, von STROSCHER-Bautzen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Verfasser hat bei 22 Fällen Joha in der Form der intramuskulären Injektion gegeben; er ist aber von der erzielten Wirkung nur mäßig befriedigt, denn der heilende Einfluß war etwa auf die Hälfte des durch die intravenöse Darreichung zu erzielenden Erfolges einzuschätzen, und ein Ausbleiben von Nebenwirkungen war nur bei fünf der Patienten zu konstatieren. Rezidive waren bisher allerdings nur zwei zu verzeichnen; seit Abschluß der Behandlung ist aber erst eine zu kurze Zeit verflossen, um über das Endresultat sicher sein zu können. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Das Jodozitin, von Isaac-Berlin. (Med. Klinik, 1911, Nr. 40.) Das Präparat wurde an 400 Kranken erprobt; es ist frei von den sonst üblichen Jod-Nebenerscheinungen. In längeren Ausführungen über die Jodtherapie im allgemeinen wird das Jodozitin ganz besonders empfohlen. Arthur Schucht-Danzig.

Über das Orgojodin in der Therapie, von Vorschulze-Leipzig. (Fortschr. d. Med., 1912, Nr. 37.) Es handelt sich um ein neues (von der Firma Blattmann & Co., Wädenswyl, in den Handel gebrachtes) organisches Jodpräparat, das 20% Jod, kombiniert mit Lezithin, enthält. Dieses jodierte Lezithalbumin soll frei von den bekannten Schädlichkeiten des Jod sein, energisch wirken und gut resorbiert werden; es reizt weder die Schleimhaut des Magendarmtraktus noch die Nieren, wirkt appetitanregend und hebt den allgemeinen Ernährungszustand. Unter den mitgeteilten Krankengeschichten, die sich auf Fälle von Bronchitis, Emphysem, Arteriosklerose, chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht usw. beziehen, haben hier nur zwei besonderes Interesse, in denen es sich um syphilitische Exulzerationen an den Mundwinkeln und um gummöse Ulcera cruris handelt. Die erwähnten syphilitischen Manifestationen kamen ohne sonstige spezifische Medikation auf Orgojodin (dreimal täglich zwei Pastillen) zur Heilung. Lasch-Breslau.

Über Wundbehandlung mit dem Mastixverband, von Krebser-Stuttgart. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 79, Heft 1.) Dem Verfasser steht in der Anwendung des Mastixverbandes ein sehr reiches Beobachtungsmaterial zur Verfügung. Die mehr als 5½jährigen Erfahrungen haben ihn zu der Überzeugung gebracht, daß der v. Oettingensche Mastixverband den theoretischen und praktischen Anforderungen an einen aseptischen Deckverband in idealer Weise gerecht wird. Die Vorteile sind: 1. Vermeidung aller die Wunde gefährdenden und Schmerz verursachenden Reinigungsarbeiten; 2. Unabhängigkeit vom Wasser; 3. große Einfachheit, von jedem Laien in wenigen Minuten zu erlernen; 4. große Zeitersparnis; 5. Verwendbarkeit auch an Körperteilen, wo Bindenverbände schwierig anzulegen sind; 6. Unverschieblichkeit des Verbandes; 7. Billigkeit; 8. Unschädlichkeit gegenüber Hautreizungen; 9. Sicherheit gegen Infektion. Franz-Dresden.

Die therapeutische Applikation der Bierhefe, von Ch. Amat. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Empfehlung der getrockneten Hefepräparate.

A. Gunsett-Straßburg.

Die klinische Bedeutung der Giftigkeit von Scharlachfarbstoffen in Salben, von Karl Scheele. (Diss., Berlin 1912.) Sowohl das Tierexperiment wie die klinische Anwendung beweisen, daß Scharlachrot in jeder Menge ohne Gefahr als ein Mittel, das Epithelwachstum zu fördern, verwandt werden kann. Amidoazotoluol hat zweifellos eine noch schnellere und stärkere Wirkung. Die Tierversuche des Verfassers haben zwar gezeigt, daß Amidoazotoluol in Mengen, die bei klinischer Anwendung bei weitem nicht erreicht werden, eine geringe Nierenschädigung hervorrufen kann. Aus der Zusammenstellung der klinischen Beobachtungen in der Literatur, sowie aus des Verfassers eigenen, die Nierenfunktion besonders berücksichtigenden Untersuchungen ist jedoch ersichtlich, daß auch das Amidoazotoluol bei seiner Anwendung als achtprozentige Salbe praktisch unschädlich ist und daher als ein Mittel empfohlen werden darf, das imstande ist, die Epithelisierung gut granulierender Wunden in hervorragender Weise zu beschleunigen.

Fritz Loeb-München.

Weitere Versuche über Anwendung von Azodermin, der modifizierten Scharlachrotsalbe, von Stanislaw Gurbski. (Medycyna i Kron. lek., 1911, Nr. 38.) Verf. beobachtete bei Anwendung der Scharlachrotsalbe einen Fall von Vergiftung, deren

Digitized by Google

Symptome denen einer Anilinvergiftung ähnlich waren. Auf Grund dieser Beobachtung wurde die Scharlachrotsalbe (Amidoazotoluol) insofern modifiziert, als in derselben statt der Gruppe NH_2 die Äthylgruppe eingeführt wurde. Mit der so modifizierten, Azodermin benannten Salbe hat Verfasser zwei Fälle von Verbrennung und drei Fälle von Ulcus cruris behandelt. Besonders in den letzten Fällen war die rasche Epithelisierung der Geschwüre recht auffallend.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die pharmakologische Bedeutung und die biologische Wertbestimmung der Sarsaparillen und ihnen verwandter Drogen, von R. Kobert-Rostock. (Ber. d. deutsch. Pharm. Ges., 1912, Bd. 22, Heft 4.) Untersuchungen über die hämolytische Kraft der Quillajarinde, Senegawurzel, Sarsaparille, Digitalissamen u. ähnl. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Anwendung des rohen Steinkohlenteers bei Hauterkrankungen, von Ernst Müller-Breslau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Nach den Ausführungen des Verfassers sind der Anwendung des Steinkohlenteers in der Dermatologie ziemlich enge Indikationsgrenzen gezogen, die im wesentlichen die chronischen Ekzeme und die ihnen nahe verwandten Hauterkrankungen umfassen; innerhalb dieser Grenzen leistet das Präparat Vorzügliches.

Anwendungsweise: Vorbehandlung durch feuchte Verbände, Pasten und Salben, Überleitung auf die Teerbehandlung durch Anwendung dem Teer nahestehender Präparate (Ichthyol, Tumenol), demnächst probeweise Anwendung des Teers (an einer kleinen Stelle, wenn gut vertragen auf größeren Bezirken). Applikation: Teer wird in ziemlich dünner Schicht mit einem Pinsel auf die Haut aufgetragen, behandelte Stellen werden nach erfolgter Eintrocknung (durch Anwendung von Puder beschleunigt) mit Mullbinden umwickelt. Einwirkungsdauer 48 Stunden, jedoch in der Weise, daß nach 24 Stunden, wenn Medikament gut vertragen, ohne die erste Schicht zu entfernen, eine zweite Aufpinselung vorgenommen wird. Am nächsten Tage Abnehmen des Teers mit Hilfe von Pasten oder Salben.

Maximilian Franz-Dresden.

Sulfurierung und Thiolan (Schwefelapplikationen), von H. Vörner-Leipzig. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 35.) Als zweckmäßige Methoden der Schwefelanwendung bei Hautleiden empfiehlt V. auf Grund seiner seit zehn Jahren damit gemachten Erfahrungen folgende zwei Vorschriften: Eine konzentrierte wässerige Lösung von Kalischwefel (50 g gelöstes Kalium sulfuratum auf 100 Wasser) trägt man auf die gründlich gereinigte und entfettete Haut ausgiebig auf und läßt sie eintrocknen. Alsdann werden mit einem Gebläse Essigdämpfe auf die zu behandelnde Stelle getrieben, bis Entfärbung des gelben Überzuges eintritt; eventuell kann man direkt 5—10%ige Essigsäure auftupfen. Dies bezeichnet Verfasser als Sulfurierung. Thiolan ist ein aus praktischen Gründen gewählter Name für eine Salbe, welche folgendermaßen hergestellt wird: in einem Kilo Fett werden 2—2,5 g Sulfur bei 50—100° gelöst; darauf wird 45—50 g Oleum sulfuratum zugesetzt, und schließlich wird noch ein aus 40—50 g Calcium sulfuricum frisch gefälltes und filtriertes Präzipitat, dessen Wassergehalt direkt auf dem Filter durch absoluten Alkohol oder reines Glyzerin nach bester Möglichkeit verdrängt wird, in guter Verteilung zugesetzt. Diese Methoden sollen wirksam die bei der Schwefeltherapie sonst hervortretenden Unzulänglichkeiten vermeiden lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Angioneurosen.

Die Erytheme, von LUTEMBACHER. (Monde méd., 1912, Nr. 441.) Die monomorphen Erytheme werden wie folgt klassifiziert: 1. Roseolaartige: A. Masern, Röteln: primitive, infektiöse E., B. sekundäre bei Typhus, Meningitis, Pyämie, Syphilis usw., C. toxische, D. reflektorische (Erythema pudicum). 2. Skarlatinoide Erytheme: akute, fieberhafte mit terminaler Schuppung. 3. Skarlatiniforme, desquamative E.: im Anfang den skarlatinoiden gleich, die Rötung bleibt jedoch im Stadium der Abschuppung bestehen. Sie bilden die benignen Formen der Erythrodermia exfoliativa, können wochenlang bestehen, Rezidive machen und sind gegenüber 2. subakut.

Die polymorphen Erytheme teilt Verfasser ein in: 1. Erythema polymorphum erythematopapulosum, 2. E. p. vesiculobullosum, 3. Herpes iris.

Schließlich werden das Erythema nodosum, das Erythema recidivans (dieses bei Frauen zur Zeit der Menstruation auftretend) und das Erythema perstans besprochen. Das letztere kann verschiedene klinische Formen haben, hat aber die Eigentümlichkeit, beharrlich an derselben Körperstelle zu rezidivieren.

Werther-Dresden.

Über ein charakteristisches Arzneiexanthem nach Pantopon, von E. KLAUSNER-Prag. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Bei der subkutanen Injektion von Pantopon bei 76 Patienten (66 Frauen, 10 Männer) entwickelte sich in allen Fällen um die Einstichstelle herum ein handtellergroßes Erythem, das in etwa zehn Minuten seinen Höhepunkt erreichte und im Laufe von 1—2 Stunden wieder verging. Neben dieser Lokalisation an der Einstichstelle trat das Erythem fleckenförmig in weiterer Ausdehnung hervor und umfaßte (bei der am Unterarm ausgeführten Einspritzung) die ganze obere Extremität bis gegen die Achselhöhle hin. Ferner steht damit in Verbindung die Entwicklung einer Quaddel teils an der Einstichstelle, teils ohne Beziehung zu derselben in einer Größe von ½—3 cm Durchmesser. Sie vergeht zusammen mit dem Erythem unter Hinterlassung eines kurzdauernden Ödems an der betreffenden Stelle. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Extensive Dermatitis medicamentosa nach dem Gebrauch von Midol (Pyramidon), von PAUL E. BECHET-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Bei einem 52jährigen Mann entstand nach viertägigem Gebrauch von Pyramidon Pruritus und Hautreizung im Gesicht, dann aber auch über den Stamm. Über Gesicht, Brust und Rücken entwickelte sich sodann ein ausgedehntes erythematopapulöses Exanthem; auf der Vorderseite der Beine und Füße traten Purpuraflecken auf. Fendt-Wiesbaden.

Maiskost und Überempfindlichkeit gegen Maisextrakte, von D. CESARIANCHI und C. VALLARDI-Mailand. (Pathologica, 1912, Nr. 88.) Die Meerschweinchen, welche vorwiegend oder zum Teil mit Mais gefüttert wurden, zeigen nach einer gewissen Zeit, einerlei ob ihnen gesunder oder verdorbener Mais verfüttert **wurde,** eine sehr ausgesprochene Überempfindlichkeit gegen (wässerige, alkoholische und ätherische) Maisextrakte. Die Einverleibung kleinster Dosen der Extrakte, besonders der wässerigen, auf intravenösem oder intraperitonealem Wege, äußert eine intensive Allgemeinwirkung, welche zuerst durch Reizungserscheinungen, dann durch Lähmungserscheinungen, Atmungsstörungen, Sinken der Temperatur charakterisiert ist und meistens die Tiere rasch zum Tode führt, und zwar unter ähnlichen Erscheinungen und mit der Folge ähnlicher pathologisch-anatomischer Befunde, wie man sie bei der Serumanaphylaxe oder der Peptonvergiftung beobachtet.

Digitized by Google

Es handelt sich dabei um eine spezifische Wirkung, welche nur bei Tieren zustande kommt, die mit Mais vorbehandelt wurden (gleichgültig, ob ihnen gesunder oder verdorbener Mais verfüttert wurde), während sie bei der Kontrolle entweder überhaupt nicht oder nur infolge der Einführung viel größerer Extraktmengen, und zwar nur des wässerigen Extraktes, beobachtet wurde.

Der Umstand, ob Extrakte aus gesundem oder aus verdorbenem Mais angewendet wurden, übte keinen oder nur einen ganz nebensächlichen Einfluß aus.

K. Rühl-Turin.

Über die Überempfindlichkeit der Pellagrösen dem Mais gegenüber, von PIETRO RONDONI-Florenz. (Sperimentale, Bd. 66, Nr. 5.) Aus den Untersuchungen des Verfassers, welche er im Auftrag von LUSTIG, dem Vorsitzenden der Pellagra-Kommission, ausgeführt hat, geht folgendes hervor: Die frisch Pellagrösen zeigen in höherem Grade und häufiger als die Gesunden im Anschluß an subkutane Injektionen von Extrakten aus verdorbenem Mais eine bestimmte Reaktion, welche sich in leichten Temperaturerhöhungen, Übelsein, Kopfschmerz, Aufgeregtheit und Schlaflosigkeit kundtut. Diese erhöhte Empfindlichkeit der Pellagrösen kann als anaphylaktische Reaktion unbekannten Substanzen des Maisextraktes gegenüber gedeutet werden, ohne daß aber ihre Natur genauer definierbar wäre. Sie kann in Zusammenhang mit der Maisnahrung stehen durch eine Art von Sensibilisierung des Organismus auf dem Wege der Nahrungsaufnahme.

A. Gunsett-Straßburg.

Pellagrologische Exkursion in die Friaul, von G. ANTONINI. (Riv. pellagrol. ital., 1912, Nr. 2.) Verfasser hat mit zwei Begleitern die friaulischen Gemeinden besucht und dort die Verhältnisse der Pellagra und der Pellagrösen hinsichtlich Nahrung, Wasser, Beschäftigung, äußere Lebensverhältnisse usw. studiert. Er fand, daß in manchen Orten schon bessere Brotversorgung sei, daß aber noch immer Polentagenuß prävaliere und infolgedessen große Pellagraherde bestehen. Die Theorie der „Pellagra ohne Mais", der Übertragung durch Insekten, konnte nicht bestätigt werden. Die Beschaffenheit des Trinkwassers hat keinen Einfluß auf die Verbreitung der Krankheit. Die geringere Beobachtung der prophylaktischen Bestimmungen seitens einiger Gemeinden ist nicht gerechtfertigt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagröser Symptomenkomplex infolge von Alkoholismus, von G. SEPPILLI. (Riv. ital. di Neurop., Psich. e Elettrot., 8. August 1912.) In den beiden vom Verfasser mitgeteilten Fällen handelte es sich um klinisch mit Pellagra vollständig übereinstimmende Zustände, d. h. Rötung und Abschuppung der Hände und Vorderarme mit nervösen Symptomen, welche in Verstärkung der Patellarreflexe, Tremor, spastischem Gang und halluzinatorischer Verwirrtheit bestanden, und Katarrh der Verdauungsorgane. In beiden Fällen konnte aber keine Maisnahrung angeschuldigt werden, sondern es kam einzig ausgesprochener Alkoholismus als ätiologisches Moment in Betracht. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Immunitätsreaktion des Blutes Pellagrakranker, von G. TIZZONI. (Pathologica, 1912, Nr. 85.) Das Blut gesunder oder an sonstigen Krankheiten leidender Menschen agglutinierte und hämolysierte stets die roten Blutkörperchen von Kaninchen; die untersuchten Sera Pellagrakranker bewirkten nie eine Hämolyse, dagegen stets eine raschere Agglutination. K. Rühl-Turin.

Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ätiologie der Pellagra, von J. HORBACZEWSKI-Prag. (Med. Blätter, 1912, Nr. 17.) Wenn man weiße Mäuse ausschließlich mit Milchpolenta füttert, werden sie von intensivem Jucken befallen,

Digitized by Google

es entsteht eine ekzematöse Entzündung der Haut am Vorderteile des Körpers und an der Schwanzspitze, ferner intensive Konjunktivitis. Die befallenen Hautstellen enthaaren, die Ohren mumifizieren, an ihnen und am Schwanze treten Blutungen auf. Dazu gesellen sich Symptome von seiten des Zentralnervensystems, wie Zuckungen, gesteigerte Reflexe, Lähmung des Blasendetrusors oder der Hinterextremitäten. Schließlich gehen die Tiere zugrunde. Graue Mäuse zeigen keine pathologischen Veränderungen. Wird aus der Polenta der Maisfarbstoff und andere alkohollösliche Bestandteile entfernt, so können die erkrankten Tiere gesunden. Gesunde Tiere erkranken nicht. Bekommen weiße Mäuse und Ratten neben ihrer Nahrung Maisfarbstoff in Olivenöl, so erkranken sie auch. Die toxische Substanz ist also der Maisfarbstoff, der innerlich verabreicht bei weißen Mäusen und Ratten, subkutan dagegen bei allen Versuchstieren wirksam ist. Die Maiskrankheit der Tiere kann mit der Pellagra in Parallele gesetzt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Erste Reihe experimenteller Untersuchungen über Pellagra, von Volpino, Mariani, Bordoni und Alfrago-Novello. (Riv. d'Igiene e sanita-pubb., 1912, Nr. 2.) Die subkutane Einspritzung kleiner Mengen wässerigen Extraktes aus verdorbenen Mais bedingt bei Pellagrakranken das Auftreten verschiedenartiger, zuweilen heftiger, örtlicher und allgemeiner Erscheinungen, bei gesunden oder an sonstigen Krankheiten leidenden Individuen hingegen meistens keinerlei Erscheinungen.

Die Versuche (mit der Methode der Präzipitation oder der Komplementbindung; durch intraperitoneale Einspritzung von Pellagrösenserum bei Meerschweinchen zwecks Hervorbringung eines Zustandes von passiver Überempfindlichkeit gegen Maisextrakt), die Anwesenheit besonderer Antikörper im Blutserum Pellagrakranker nachzuweisen, waren erfolglos. K. Rühl-Turin.

Studien über die Pellagra, von V. Babes-Bukarest. (Atti del I. congr. internaz. dei patologi, Turin, 2.—5. Oktober 1911.) Der Verfasser beziffert trotz des großen Aufschwunges, den Rumänien in wirtschaftlicher und sanitärer Beziehung in den letzten Dezennien genommen hat, die Zahl der Pellagrakranken auf 80 000, von denen allerdings nur ein kleiner Teil der schweren, arbeitsunfähigen, der Hospitalpflege bedürftigen Kategorie zuzurechnen sei, während die weit überwiegende Mehrzahl der Arbeit nachgeht, und ihre Erkrankung teils spontan, teils durch ambulante ärztliche Behandlung zur Heilung gelangt. Wir finden die Mehrzahl der Kranken in den Bevölkerungsschichten, die fast ausschließlich von Mais, und zwar oft von verdorbenem Mais leben, und bei denen außerdem Alkoholismus, Syphilis, Kretinismus, psychische Alterationen usw. eine bedeutende prädisponierende Rolle spielen.

Es würde uns im Rahmen dieses Referates zu weit führen, alle klinischen Beobachtungen und bakteriologisch-chemischen Experimente aufzuzählen, auf die der Verfasser seine Hypothese stützt, daß weder die Ansicht Sambons von der Übertragung der Krankheit durch kleine Insekten (Simulia) richtig sei, noch die Auffassung Raubitscheks, daß es sich bei der Pellagra um eine photodynamische Erkrankung handle sondern, daß neben den erwähnten prädisponierenden Ursachen die Maisernährung der ausschlaggebende ätiologische Faktor sei.

Während B. zugeben muß, daß über den Chemismus des Zustandekommens der Pellagra noch viele Unklarheiten herrschen, glaubt er, daß die Frage der Therapie fast restlos gelöst sei, da Atoxylinjektionen, verbunden mit rationeller Ernährung, fast ausnahmslos selbst sehr schwer Erkrankten Heilung bringen. B. schlägt zum Schlusse vor, der schon bestehenden italienischen Kommission zur Erforschung der Pellagra noch ein internationales Komitee anzugliedern, um in allen in Frage

Digitized by Google

kommenden Ländern das Studium der Pellagra zu fördern, und die Frage nach der Ätiologie mit größerer Sicherheit zu lösen.

In der Debatte betonen die Italiener als sicheres Faktum, daß es gelungen sei, in den Gegenden, in denen man den Wohlstand und die Ernährung der Einwohner habe heben können, die Pellagra völlig oder fast völlig zum Verschwinden zu bringen. Auch sonst herrscht — wie B. mit Genugtuung konstatiert — fast einstimmig die Überzeugung vom Zusammenhange der Pellagra durch die Maisernährung vor, wenn auch die Frage des Chemismus der Toxinwirkung (Agglutination, Komplementablenkung, Entstehung der Toxine erst im Magen während der Verdauung) noch differente Anschauungen erkennen läßt. Wie weit der Parallelismus zwischen der durch Reisgenuß hervorgerufenen Beriberikrankheit und der Maispellagra in bezug auf die Veränderungen des peripheren Nervensystems geht, müsse weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. Otto Lasch-Breslau.

Pellagra, von M. M. Smith-Dallas. (Med. Record, 27. April 1912.) Verf. spricht über die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose für die Lebensversicherungsgesellschaften, die bei der Schwierigkeit der Diagnose eines beginnenden Falles und der hohen und frühzeitigen Mortalität außerordentlich in Mitleidenschaft gezogen werden. Die rasche Zunahme der Pellagra in den vereinigten Staaten machen besonders im Hinblick auf die heute noch unbekannte Ursache ein sehr energisches Vorgehen notwendig. W. Lehmann-Stettin.

Neuer Fall von Pellagra, von J. Nicolas und H. Moutot. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 25 und Province méd., 1912, Nr. 37.) 42jährige Gemüsehändlerin, Alkoholikerin, lebt in schlechter hygienischer Umgebung, nährt sich schlecht. Vor 1½ Monaten trat auf beiden Handrücken ohne subjektive Phänomene eine erythematöse Schwellung auf. Die Schwellung schwand rasch, das Erythem wurde mehr violett, schuppend. Bei der Aufnahme fand sich beiderseits auf den Handrücken eine dunkelrote, fast pigmentierte Verfärbung, die trocken, schuppend und scharf begrenzt ist. Die Zunge ist leicht ödematös, mit Zahneindrücken versehen, depapilliert, trocken, intensiv Scharlachrot. Ähnlich ist die Schleimhaut der Wangen, der kleinen Labien und der Harnröhrenmündung verändert. Seit ihrer Erkrankung hat ein Depressionszustand Platz gegriffen. Die Kranke fühlt sich schwach, ist abgemagert und leidet an Durchfällen. Durch gute Ernährung usw. wurde rasche Besserung erzielt. Die Verfasser besprechen dann die Ätiologie der Pellagra. Sie glauben nicht, daß die Maisernährung die Ursache der Krankheit ist. (Die Kranke hatte nie Mais gegessen.) Sie halten eher Alkoholismus, mangelhafte Ernährung, schlechte hygienische Umgebung, Aufregungen usw. für ätiologisch wichtig.

Richard Frühwald-Leipzig.

Fall von Pellagra, von H. Couffon. (Arch. méd. d'Angers, 1912, S. 178.) Der Fall betrifft einen 49jährigen Alkoholiker, bei dem die Intestinalerscheinungen sehr ausgesprochen waren. Der Kranke starb. Er hat nie Mais gegessen; deshalb glaubt Verfasser, daß der Alkohol ätiologisch in Betracht kommt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pellagra ohne Pellagra, von Edward J. Wood-Willmington. (New York med. Journ., 3. August 1912.) Unter dieser versteht man Pellagra, ohne daß irgend welche Hauteruptionen vorhanden sind oder waren. Nach der Erfahrung von W. an mehreren hundert Fällen von P. ist es wenig wahrscheinlich, daß diese Affektion ohne irgend eine Spur von Hauterkrankung vorkommt, und daß also obige Bezeichnung eine jemals zutreffende ist. Wie an einem genauer beschriebenen Fall illustriert wird, wo es sich um Stomatitis und Diarrhöe in Verbindung mit ner-

Digitized by Google

vösen und Geistesstörungen handelte, kann genaue Nachforschung meist doch frühere Hauterscheinungen nachweisen. Sicher ist, daß bei scheinbar fehlender Hauteruption die Diagnose der Pellagra eine ungemein schwierige ist, und ein Mittel zur frühzeitigen Diagnose wäre von größter Bedeutung für Behandlung und Prognose. Ein solches, glaubt W., sei von SAMSON gefunden worden, welcher in der Londoner Gesellschaft für Tropenmedizin über einen Körper, der in gewissen Zellen der sensomotorischen Rinde regelmäßig gefunden werde, berichtete; weitere Forschungen in dieser Richtung seien daher von großer Wichtigkeit. Stern-München.

Zu einem Falle von kongenitaler Zyanose, von H. EIGLIER-Marseille. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 119.) Ein Fall von intensiver und generalisierter Zyanose des ganzen Körpers bei einem Neugeborenen, besonders aber im Gesicht und den Händen. Am Herzen war klinisch kein Geräusch wahrnehmbar. Bei der Autopsie fand sich: Offensein des Canalis arteriosus, welcher die Aorta mit der Arteria pulmonalis verband, Fehlen des Verschlusses der intraventrikularen Wand, Offensein des Foramen Botalli, Verschluß der Pulmonararterie und Ursprung der Aorta aus dem rechten Ventrikel. A. Gunsett-Straßburg.

Über RAYNAUDsche Krankheit, von M. VARIOT. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 19.) Betrifft einen seltenen und schweren Fall: Ein taubstummes (vielleicht kongenitalsyphilitisches) Kind von 3 Jahren und 3 Monaten erkrankte im Anschluß an eine Bronchopneumonie an einer massiven Nekrose beider Hände, einiger Zehen, Nasenspitze und Ohrläppchen. Das Merkwürdige dieses Falles ist das Kindesalter und das Fehlen von Synkope oder Asphyxie, welche der Gangrän vorausgingen, endlich die enorme Ausbreitung des letzteren. Werther-Dresden.

Über zwei Fälle von RAYNAUDscher Krankheit, von GIUSEPPE CRESPI. (Morgani, 1912, Nr. 7.) Kasuistische Mitteilung zweier Fälle.
A. Gunsett-Straßburg.

Urticaria chronica mit nukleinsaurem Natrium behandelt, von WEILL, GARDÈRE und GOYET. (Lyon méd., Bd. 119, Nr. 28.) Ein elfjähriges Mädchen leidet seit vier Jahren an chronischer Urtikaria. Abends erfolgt die Eruption von großen Papeln, die im Zentrum blaß, an der Peripherie rot sind und die sich unter heftigem Jucken über den ganzen Körper verbreiten. Am nächsten Morgen verschwinden sie. Gleichzeitig bestehen Gliederschmerzen, Koliken, Atembeschwerden. Das Kind erhielt 0,5 nukleinsaures Natrium in 10 ccm subkutan injiziert. Durch etwa 14 Tage blieben hierauf die Nachschübe aus. Die Injektion bewirkte anfangs eine starke Leukozytose, die aber bald wieder verschwand. Richard Frühwald-Leipzig.

Hydrosyntasie und Hydrophilie. Betrachtungen über die Pathogenese des Ödems, der Phlegmatia alba, der Fettleibigkeit usw., von H. ISCOVESCO. (Semaine méd., 1912, Nr. 25.) Der Verfasser führt das Zustandekommen der Ödeme auf das Verhalten der Kolloidalsubstanzen des Körpers dem Wasser gegenüber zurück. Die speziell physiologisch-chemische Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muß im Original nachgelesen werden. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Pathogenese und die Behandlung der Ödeme, von F. ZUCCOLA-Turin. (Morgagni, 1912, Nr. 8.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß bei den Nierenkrankheiten eine Insuffizienz der Nieren in der Chlorausscheidung besteht, welches im Organismus zurückgehalten wird und das Auftreten und die Vermehrung der Ödeme bewirkt. Die chlorarme Ernährung kann für sich allein trügerische Resultate geben, insofern sie die Chlorelimination begünstigt und die Ödeme zum Schwinden bringt. Ist sie aber von einer geeigneten diuretischen Kur unterstützt, so erlaubt sie dem Kranken eine gemischtere und abwechslungsreichere

Digitized by Google

Diät zu reichen, als wie sie die reine Milchdiät darstellt, welche gewöhnlich den ödematösen Nephritikern gegeben wird. A. Gunsett-Straßburg.

Die operative Behandlung der elefantiastischen Ödeme, von Emm. Kondoleon-Athen. (Centralbl. f. Chir., 1912, Nr. 30.) Der Verfasser fand bei jeder alten Elefantiasis und unabhängig von der Ursache, welche das harte Ödem zustande brachte, außer den bekannten Veränderungen der Haut und der Unterhaut die Faszie immer stark verdickt (bis zu 3 cm), derb infiltriert, unbeweglich, mit der Umgebung, besonders dem Fettgewebe, verwachsen, welches zwischen Haut und Faszie liegt. Die obere Fläche der Aponeurose war unregelmäßig, von milchigem Aussehen; ihre untere, den Muskeln anliegende Fläche dagegen war von normaler glänzender Farbe und Konsistenz. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß sie aus dickem, fibrösem Gewebe bestand, welches in verschiedenen Gegenden ein Auseinanderweichen der Fasern durch Ödem und eine kleinzellige Infiltration aufwies. Die darunterliegende Muskulatur erwies sich in allen Fällen normal. Diese anatomischen Veränderungen und die Beobachtung, daß in den alten elefantiastischen Ödemen die Lymphstauung hauptsächlich um die Faszie stattfindet, führten ihn zu dem Gedanken, bei diesen Fällen die veränderte Faszie herauszunehmen, um eine breite Kommunikation zwischen Unterhautgewebe und Muskulatur anzulegen, welche den Muskeln gestattet, die Lymphe aufzusaugen. Natürlich kann infolge der Größe des Eingriffs nicht die ganze Faszie eines elefantiastischen Beines exstirpiert werden, sondern er begnügte sich mit der Herausnahme von ungefähr der Hälfte der Aponeurose. Die Technik ist folgende: Wenn nur der Unterschenkel leidet, führt man zwei Längsschnitte, einen auf der Außen-, den anderen auf der Innenseite des Unterschenkels in ganzer Länge aus. Wenn das ganze Bein verdickt ist, vier Schnitte, 2 am Ober- und 2 am Unterschenkel. Zurückpräparierung der Haut mit breiten Haken. Exstirpation des die Faszie bedeckenden infiltrierten Fettes. Nun liegt die Aponeurose bloß. Man entfernt nun von jedem Schnitt aus ein Stück derselben, von der Länge des Schnittes und der Breite von 3—4 Fingern. Die Muskeln treten gleich hervor. Genaue Blutstillung. Hautnaht ohne Dränage. 6 Fälle wurden auf diese Weise geheilt. Die Heilung besteht in einem Fall seit 2 Monaten, in zwei Fällen seit 6 Wochen und in den übrigen drei seit einem Monat.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Säuglingsödeme, von Hutinel. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 27.) Es handelte sich um ein auf alle 4 Extremitäten ausgedehntes Ödem, welches aber nicht mit dem gewöhnlichen Ödem der Neugeborenen identisch, sondern auf eine in den Gelenken lokalisierte Pneumokokkenseptikämie zurückzuführen war.

A. Gunsett-Straßburg.

Chronisches Ödem des einen Beines bei einem Kinde, von E. O. Hughes-Liverpool. (Lancet, 14. Sept. 1912.) Bei dem sechsjährigen Mädchen war das linke Bein, wie die Photographie erkennen läßt, in toto stark geschwollen. Die Ätiologie blieb unaufgeklärt, das Allgemeinbefinden war ungestört.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Angioneurotische Ödem Quinckes, von Attilio Pettazzi-Bergamo. (Morgagni, 1912, Nr. 5.) Das Quinckesche Ödem ist keine Krankheit, sondern ein Symptom. Es ist immer ein vasomotorisches Phänomen, und die Folge von zwei gleich notwendigen Ursachen: einer Gleichgewichtsstörung des Nervensystems als prädisponierendes Moment und einer Allgemeinintoxikation und Infektion als auslösendes Moment. Frauen werden doppelt so häufig befallen als Männer, und es kann ebensosehr das zentrale als das periphere Nervensystem angegriffen sein.

Digitized by Google

Die Prognose und Behandlung sind verschieden je nach dem infektiösen Agens, der Möglichkeit dasselbe zu vernichten und den vom Ödem befallenen Körperteil.

A. Gunsett-Straßburg.

Angioneurotisches Ödem; eine Reihe von Fällen mit klinischen Beobachtungen, von HARRY L. WIEL-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 27. April 1912.) Beobachtung von fünf Fällen; die in die Augen springenden Hautsymptome waren vereint mit solchen des Gastrointestinaltraktus. Alle Patienten, mit einer Ausnahme, waren schwere Neurotiker. Fendt-Wiesbaden.

Verschwinden eines angioneurotischen Ödems nach Appendektomie, von C. P. OBERNDORF-New York. (Journ. amer. med. assoc., 24. Aug. 1912.) 37jähriger Patient litt an einem in unregelmäßigen Zwischenräumen, aber immer nach Gemütsbewegungen auftretenden, an der Oberlippe beginnenden angioneurotischen Ödem. Während dieser Zeit war die Verabreichung von Purgantien, denen innere Antiseptika, Salol, Betanaphtol oder Resorzin folgten, erforderlich. Später unterzog sich Patient der Appendizitisoperation. Von dieser Zeit an blieb er von angioneurotischem Ödem frei; auch die Frostbeulen, an denen Patient seit seiner Kindheit gelitten hatte, verschwanden; ebenso stellte sich wieder reichlicher Nachwuchs des Kopfhaares ein, das vorher in beunruhigenden Mengen ausgegangen war. Verfasser hält das angioneurotische Ödem im mitgeteilten Falle für das Symptom einer chronischen intestinalen toxischen Reizung, das nach Entfernung der Ursache verschwand. Fendt-Wiesbaden.

Über eine nephritische Form der WERLHORSchen Blutfleckenkrankheit, von H. EICHHORST-Zürich. (Med. Klinik, 1912, Nr. 1.) Es werden drei Krankheitsfälle ausführlich mitgeteilt, bei welchen die Purpura haemorrhagica zu chronischer hämorrhagischer Nephritis geführt hatte. Verfasser glaubt, daß dieses besonders im Gefolge solcher Purpuraformen eintritt, welche sich durch mehr chronischen Verlauf der Purpura und Neigung zu immer wiederkehrenden Hautblutungen auszeichnen. Nach dem Verhalten des Harnes sind zwei Formen der chronischen hämorrhagischen Nephritis zu unterscheiden, die er als interstitiellen und parenchymatösen Typus bezeichnet. Beide Formen äußern trotz langer Dauer keinen erkennbaren Einfluß auf Herzmuskel und Pulsbild, ebensowenig auf die Ernährung des Körpers. Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von HENOCHscher Purpura, von MAURICE SIDNEY MOORE. (Dublin med. Journ., Aug. 1912.) Ein 13jähriger Knabe kam wegen Schmerzen im Leibe ins Krankenhaus und zeigte Albuminurie und Hämaturie. Die Schmerzen wurden immer ärger und es gesellten sich blutige Stühle und Fieber hinzu. Nach etwa zehn Tagen traten rheumatoide Gelenkschmerzen und Hämorrhagien am ganzen Körper auf; gleichzeitig ließen die abdominalen Erscheinungen nach. Einige Zeit später begannen die Nackendrüsen anzuschwellen. Der Kranke erholte sich allmählich, doch hatte er noch zwei schwere Rezidive. Die Diagnose wurde auf HENOCHS Purpura gestellt. Bemerkenswert ist das frühzeitige Auftreten der blutigen Stühle. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von HENOCHscher Purpura, behandelt mit menschlichem Blutserum, mit Ausgang in Heilung, von S. J. WILSON-Brooklyn. (Med. Record, 10. August 1912.) Ein neunjähriger Knabe kam durch die Purpura, die anscheinend auf autotoxischer Grundlage beruhte, so außerordentlich herunter, daß er Blut erbrach, Blut im Stuhle hatte, Blutungen der Schleimhäute und der Gelenke mit ziemlicher Anschwellung derselben aufwies und schließlich mit 39° Fieber und kleinem raschem Puls in halb komatösem Zustande lag. In Analogie zu den bei Hämorrhagien er-

Digitized by Google

reichten Resultaten versuchte Verfasser Injektionen mit menschlichem Blutserum, das er vom eigenen Vater des kranken Kindes gewann. Nach drei Injektionen von 45, 45 resp. 72 ccm erholte sich der Knabe auffallend.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von infektiöser Purpura, von Cotte und Chalier-Lyon. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 95.) Die Verfasser glauben nicht an das selbständige Bestehen einer Purpura, sondern nach ihrer Ansicht ist die Purpura nur ein sekundär an infektiöse Krankheiten sich anschließendes Symptom. Zum Beweis teilen sie die Krankengeschichte eines 51 jährigen Mannes mit, der nach einer septischen Infektion am Finger, an welche sich eine eitrige Achseldrüsenphlegmone anschloß, an allgemeiner Purpura starb. Der Kranke hatte schon 16 und 3 Jahre früher leichte Anfälle von Purpura überstanden. A. Gunsett-Straßburg.

Die Purpura rheumatica, von V. Pechère. (Policlinique, 1912, Nr. 9.) Klinischer Bericht über zwei typische Fälle von Purpura rheumatica.

A. Gunsett-Straßburg.

Purpura haemorrhagica mit völligem Mangel der Blutblättchen, von Louis Le Lourd und Ph. Pagniez. (Bull. méd., 1912, S. 703.) In einem Falle von Purpura, der sonst keine Besonderheiten aufwies, fand man Verzögerung der Gerinnung und Irrektrabilität des Blutkuchens. Beides war durch Mangel der Blutplättchen verursacht. Richard Frühwald-Leipzig.

Über hämorrhagische Nephritis bei Purpura, von Arthur Lippmann-Hamburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Mit Purpura rheumatica kompliziert sich gelegentlich eine hämorrhagische Nephritis, aus welcher meist eine chronische interstitielle, hämorrhagische Nephritis sich entwickelt. Als Ursache werden Glomerulusembolien angenommen. Meist bleiben sie jahrelang ohne Wirkung auf Herz und Blutdruck. Die schwersten Formen dagegen führen direkt vom akuten Stadium aus zur Urämie. V. Caesar-Dresden.

Purpura melitococcica, von Carrien und Anglada. (Bull. méd., 1912, S. 774.) Im Verlaufe einer Melitokokkie (Maltafieber) trat eine deutliche Purpura auf. Das Blut verhielt sich völlig normal. Richard Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts, von Franz Hussa-Mostar. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33 und 34.) In der österreichisch-ungarischen Armee kommen jährlich 64—468 Fälle von Skorbut vor (1903—1909). H. beobachtete im Frühjahr 1911 eine Skorbutepidemie unter der Mannschaft der Garnison Mostar, wo 43 Fälle erkrankten. Er glaubt, daß die Erkrankungen durch irgend eine lokale, seit Jahren in den Stallungen ruhende und wahrscheinlich durch die große Feuchtigkeit des vergangenen Winters und Frühlings zum Ausbruch gelangende Ursache zustande gekommen sind. Denn von 43 Kranken waren 40 bei den Pferden bedienstet. Nur 4 hatten ausgesprochene Hämorrhagien des Zahnfleisches, alle aber Hämorrhagien der unteren Extremitäten, und zwar meist ausgedehnte Hautblutungen, tiefe Blutungen der Wadenmuskulatur und Gelenksblutungen. Letztere führten zu langwierigen Gelenksversteifungen. In einem Falle wurden alte Impfnarben am Arme hämorrhagisch infundiert. In acht Fällen trat Nachtnebel auf. In allen Fällen war die Zahl der Erythrozyten und der Hämoglobingehalt herabgesetzt.

Schourp-Danzig.

Weitere Beiträge zur Ätiologie des experimentellen Skorbuts des Meerschweinchens, von V. Fürst. (Zeitschr. f. Hyg., Bd. 72, H. 1.) Aus den umfangreichen Untersuchungen des Verfassers ist nichts zu entnehmen, was die Ätiologie des experimentellen Meerschweinchenskorbuts unserem bisherigen Wissen nach er-

Digitized by Google

klären könnte. Verfasser schließt sich bis auf weiteres der von BUDD und BUSK hinsichtlich des menschlichen Skorbuts aufgestellten Theorie an, daß nämlich der Mangel eines oder mehrerer unbekannter Stoffe die Ursache der Krankheit sei.
Haas-Hamburg.

Über experimentellen Skorbut, von AXEL HOLST und TH. FRÖLICH. (Zeitschr. f. Hyg., Bd. 72, Heft 1.) Meerschweinchen, welche ausschließlich mit den verschiedensten Arten Getreidekorn oder mit Brot gefüttert werden, verenden innerhalb etwa eines Monats an einer Krankheit, welche pathologisch-anatomisch in allen wesentlichen Beziehungen mit dem menschlichen Skorbut übereinstimmt. Veränderungen entsprechender Art traten dagegen bei Meerschweinchen, welche ausschließlich mit Weißkohl, Karotten oder Löwenzahn gefüttert wurden, nicht ein, obwohl auch diese Tiere zum Teil mit demselben großen Gewichtsverluste verendeten. Es finden sich in der Literatur zahlreiche Mitteilungen über Fälle vom menschlichen Skorbut, welche nach derselben oder einer ähnlichen Nahrung wie die der Meerschweinchen entstanden sind, ferner über den prophylaktischen bzw. heilenden Einfluß frischer sogenannter antiskorbutischer Vegetabilien auf den menschlichen Skorbut.
Haas-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über den infantilen Skorbut, von TH. FRÖLICH. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 72, Heft 1.) Wenn es Verfasser nach den hier mitgeteilten Untersuchungen auch nicht gelungen ist, am Meerschweinchen direkt die Bedeutung zu beweisen, die die starke Erhitzung der Milch in ätiologischer Beziehung dem infantilen Skorbut gegenüber hat, so geht doch aus sämtlichen Versuchen deutlich hervor, daß die Milch bei Erhitzung auf 100° solche Veränderungen erleidet, daß ihr die Fähigkeit, dem experimentellen Meerschweinchenskorbut vorzubeugen, verloren geht.
Haas-Hamburg.

Traumatische Entzündungen.

Die Behandlung von Verbrennungen mit Liquor cresolis compositus, von STOOPS-Crosbyton. (Therap. Gaz., 15. Okt. 1912.) Verfasser hat stets gute Resultate gehabt, wenn er in folgender Weise vorgegangen ist: Mit 1%iger warmer wässeriger Lösung von Liquor cresolis werden die verbrannten Partien gewaschen, bis dieselben anästhetisch geworden sind. Nach vorsichtiger Eröffnung aller Blasen werden Streifen von Paraffinpapier, dick mit 1%iger Liquor cresolis-Vaseline bestrichen, auf die affizierten Stellen gelegt, mit Watte bedeckt und verbunden. Solch ein Verband bleibt dann 4—5 Tage liegen, um dann in der gleichen Weise gewechselt zu werden. (Daß Verfasser von Pikrinsäure schlechte Resultate gehabt hat, ist verständlich, wenn man hört, daß er dieselbe in gesättigter Lösung 1:180 verwendet hat. Ref.)
W. Lehmann-Stettin.

Congelatio escharotica, von A. HAVAS-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 26.) Der 41jährige Patient gibt an, daß er 13 Tage vor seiner Aufnahme in der Nacht von einem ihm entgegenkommenden Wagen in einen 2½ m tiefen Graben gestoßen worden ist, aus dem er nach etwa 1½stündiger Anstrengung herauskriechen konnte. Die Hände waren unbedeckt, auf den Füßen hatte er Schnürschuhe. Am nächsten Tage schwollen seine Hände und Zehen an, und es traten auf ihnen Blasen auf. Bei der Aufnahme waren Finger und Zehen azurblau, bläulich oder bläulichschwarz, dabei war die Haut gefühllos, kalt, stark gedunsen; das Epithel wurde von ihnen entweder durch reines, gelbliches Serum oder durch eine gallertartige, gestockte Blutmasse abgehoben und hing in kleineren oder größeren Fetzen herab. Das

Digitized by Google

letzte Glied des linken Mittelfingers war absolut gefühllos, trocken und schwarz. Bei schweren Kongelationen entstehen in den Blutgefäßen Hyalin, weiße Blutzellen und fibrinartige Thrombose, und von ihrem weiteren Schicksale hängt es ab, wie groß die Verwüstung sein wird. In solchen Fällen muß die Prognose sehr vorsichtig aufgestellt werden. Auch in diesem Falle mortifizierten an dem Tage nach der Aufnahme die befallenen Fingerglieder, die auf den ersten Blick nicht schwer erkrankt zu sein schienen. Nach der Demarkation werden die brandigen Teile chirurgisch entfernt. Porosz-Budapest.

Untersuchungen über die Wirkung des universellen Lichterythems auf die Respiration bei Herzkranken, von V. Rubow und Carl Sonne-Kopenhagen. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 75, Heft 1 und 2.) Hasselbach machte die Beobachtung, daß die Bogenlichtbestrahlung des menschlichen Körpers — insofern sie ein universelles Lichterythem hervorruft — eine bestimmte Wirkung auf die Respiration ausübt, indem diese langsamer und tiefer wird. Diese Herabsetzung der Respirationsfrequenz kann viele Tage dauern und allenfalls bedeutend länger als das Lichterythem. Die Verfasser konnten durch Behandlung mit starkem Bogenlicht eine Respirationsveränderung bei Herzpatienten analog der Hasselbachs bei gesunden Personen hervorrufen. Der subjektiven Erleichterung der Respiration, die diese Patienten nach der Behandlung fühlen, entspricht als objektiver Befund das Entstehen einer langsameren und tieferen Respiration. Schourp-Danzig.

Spätfolgen der Radiotherapie, von Walther. (Bull. méd., 1912, S. 737.) Eine Frau litt an einem Ekzemherd des linken Beines und wurde deshalb zu wiederholten Malen mit Röntgenstrahlen behandelt. Der Ekzemherd rezidivierte aber und in seiner Mitte erschien eine Ulzeration, die auf keine Weise zur Heilung gebracht werden konnte. Deshalb mußte sie weit im Gesunden exzidiert werden. Histologisch fand sich komplette Keratinisation der Epidermis. Eine andere Patientin war wegen eines Uterusfibroms bestrahlt worden und bekam auf dem Bauche Nekrosen, die ebenfalls exzidiert werden mußten. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Gärtnerkrankheiten, von Friedrich Kanngieser. (Allg. med. Centralztg., 1912, Nr. 26.) Die Phytonosen (Erkrankungen der Haut durch reizende Pflanzen) kommen wegen großer Reinlichkeit bei den Gärtnern nicht häufiger vor wie bei anderen Berufen.

Bekannt ist die sogenannte „Primelkrätze", eine Dermatitis durch Primula obconica. Auch Bronchialkatarrhe erregen ihre Härchen. Juckende Schmerzen in den Armen rufen die tropischen Nesselgewächse Laportea gigas und moroides hervor. Der Strauch Rhus toxicodendron (Giftsumach) (mit Abbildung) erzeugt Juckreiz, Rötung, Bläschenbildung zwischen den Fingern und an den Unterarmen.

V. Caesar-Dresden.

Über die Hautkrankheiten der Lederindustriearbeiter, von A. Deutsch-Budapest. (Bör-ést Bujakortan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujság, 1912, Nr. 2.) Verfasser skizziert den Inhalt von Weyls „Handbuch der Arbeiterkrankheiten". Porosz-Budapest.

Eine durch Dinitrochlorbenzol erzeugte Dermatitis, von M. J. Bernstein-Manchester. (Lancet, 8. Juni 1912.) Bei Arbeitern in Farbwerken, wo diese Substanz verwendet wird, hat Verfasser mehrfach eine heftige Dermatitis, namentlich am Vorderarm, den Händen, Gesicht und Hals als Reizwirkung konstatiert. Er führt kurz acht Fälle an, welche er im Laufe von etwa zwei Jahren beobachtet hat und welche vorübergehend mit Arbeitsunfähigkeit verknüpft waren. Die Läsionen erscheinen als ein mit starkem Ödem verknüpftes, intensiv juckendes und brennen-

Digitized by Google

des Erythem, wobei aber eine deutliche gelbliche Färbung unverkennbar obwaltet. Daneben finden sich einzelne verstreute Papeln und Bläschen. Auf geeignete lindernde Mittel reagiert die Affektion ziemlich rasch. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lokale Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion, von Führer-Haus Rochenau. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Eine 40jährige, neurotische Patientin mit sklerodermieähnlichen Veränderungen an verschiedenen Hautstellen erhielt einmal 0,5 und das andere Mal 0,7, letzteres in zwei Portionen subkutan am Oberschenkel eingespritzt; es war wie üblich eine Lösung von 1:5 verwendet worden. Bei beiden Gelegenheiten hat sich an der Injektionsstelle eine erbsen- bis bohnengroße serumhaltige Blase entwickelt, und im Gefolge eine langsam heilende, ziemlich ausgedehnte Gangrän. Später wurden die Injektionen ca. 2 cm tief ins Unterhautfettgewebe ohne Nachteil appliziert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nekrosen an der Hand infolge Anwendung von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, von Esau-Oschersleben. (Med. Klinik, 1912, Nr. 28.) Esau hatte Gelegenheit, vier Fälle zu beobachten, in denen nach Anwendung von essigsaurer Tonerde tiefe Nekrosen eintraten, und zwar nicht nur an der ursprünglich erkrankten Stelle, sondern auch an benachbarten gesunden Stellen, die mit in den Verband hineinbezogen waren; z. B. führte bei einem Knaben, bei dem wegen eines Panaritiums an einem Finger der Verband mit essigsaurer Tonerde über alle Finger der Hand gelegt wurde, dieser Verband in 24 Stunden eine Nekrose sämtlicher Fingerkuppen mit so tiefer Zerstörung herbei, daß später ausgedehnte Plastiken nötig wurden. Die übrigen Fälle sind ähnlich. Da kein Grund besteht, anzunehmen, daß die Verbände zu luftdicht abschließend oder mit zu hoher Konzentration angelegt wurden, so bleibt als Erklärung nur eine Idiosynkrasie der Patienten gegen das Mittel übrig. Der Verfasser rät angesichts solcher Möglichkeit, die essigsaure Tonerde möglichst aus dem Arzneischatz auszumerzen und durch Borsäure oder andere indifferente Mittel, wie abgekochtes Wasser, zu ersetzen, zumal die bakterientötende Wirkung des Mittels gering ist. O. Lasch-Breslau.

Ein Fall von Bromoderma vegetans, von Domernikowa. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 32.) Die in der russischen Literatur sich in der letzten Zeit mehrenden Fälle von Bromoderma werden von D. durch eine weitere Beobachtung vermehrt. Der auf Bromgebrauch beruhende Ausschlag der 15jährigen Patientin von D. bestand in Papeln und Pusteln, wie in weichen vegetierenden Geschwülsten. Histologisch fand sich das von anderen beschriebene Bild: Erweiterung der Gefäße, Infiltration an dieselben und seröse Exsudation in die Papillen, Hypertrophie der letzteren, hirsekornähnliche Abszesse auf der Grenze zwischen Epidermis und Korium. Nicht völlig typisch ist das Vorkommen von Mastzellen.

Arth. Jordan-Moskau.

Ein Bromoderma tuberosum zu gleicher Zeit bei der Mutter und dem Säugling beobachtet, von A. Marziani. (Soc. med. di Parma, März 1912.) Zu den seltenen Beobachtungen von Auftreten eines Bromoderma beim Säugling nach Einnahme von Brom seitens der Mutter (der Verfasser findet nur sechs Fälle in der Literatur) fügt M. einen neuen. Die Mutter wies mehrere handtellergroße Plaques an den Beinen auf, während das Kind einen mehr disseminierten Ausschlag aufwies.

A. Gunsett-Straßburg.

Bromvergiftung durch die Muttermilch, von Comby. (Bull. méd., 1912. S. 456.) Ein sechs Monate alter Säugling zeigte seit dem zweiten Monate rote, nicht vereiternde Knötchen im Gesichte. Auf der Überfahrt von Amerika nach Europa verschwanden sie, kamen aber nach der Landung wieder. Es ergab sich, daß die

Digitized by Google

Mutter, die das Kind stillte, täglich 1—2 g Brom nahm, nur während der Überfahrt hatte sie ausgesetzt. In der Milch wurde Brom nachgewiesen. Nachdem die Mutter das Brom aussetzte, verschwand der Ausschlag des Kindes.

Richard Frühwald-Leipzig.

Einige ungewöhnliche und häufig nicht erkannte Formen toxischer Dermatitis, von JOSEPH ZEISLER-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 29. Juni 1912.) Verfasser bespricht zuerst zwei Beobachtungen einer seltenen Form von Veronaldermatitis: 12—18 Stunden nach Veronalgebrauch traten unter Jucken am Präputium und an der Glans runde, rote Flecken mit nachfolgender seröser Exsudation auf. Sodann lenkt er die Aufmerksamkeit auf die oft verkannte Primeldermatitis, die dem von der Primula obconica und Primula sinensis abgesonderten eigenartigen Öl zugeschrieben wird. Therapeutisch empfiehlt sich am meisten die Anwendung von 96%igem Alkohol zur Auflösung des giftigen Öles, der eine milde lokale Behandlung folgt. Die dritte Art von Dermatitis wird durch Haarfärbemittel hervorgerufen und ruft eine mehr oder weniger scharf umschriebene Röte des Gesichts, oft mit Einschluß der Ohren, hervor. Die Augenlider leiden besonders, sind gewöhnlich etwas geschwollen und zeigen oberflächliche, querstehende Rhagaden. Die Therapie ist einfach: lokale Behandlung und Vermeidung der Ursache.

Fendt-Wiesbaden.

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster und Varizellen, von P. HEIM-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912. Nr. 39.) BÓKAY hat die Beobachtung gemacht, daß der bisher unbekannte Infektionsstoff der Varizellen sich unter gewissen Umständen statt in einer allgemeinen, in einer zosterartigen Eruption äußern kann. Die von BÓKAY beobachteten sämtlichen Fälle sind solche, daß man eine andere Quelle der Varizellenerkrankung als den 8—10 Tage früher vorangegangenen Zosterfall nicht nachweisen kann. Eine Mutter erkrankte am 6. Mai an typischem Herpes zoster. Ein Kind bekam 10 Tage später typische Varizellen, das andere Kind kam 4 Tage nach Erkrankung der Mutter nach Hause, und dieses Kind erkrankte 12 Tage später an Varizellen. Zwischen der Erkrankung der beiden Kinder waren nur 6 Tage verstrichen, was bei Varizellen eine verhältnismäßig sehr kurze Inkubation wäre, denn im allgemeinen ist die Inkubation sehr lang, 14 und mehr Tage, aber keinesfalls kürzer als 8 Tage. Die Effloreszenzen der Mutter, die das Bild eines normalen Herpes zoster gezeigt haben, erstreckten sich nicht über die Mittellinie. Einen Tag früher trat Fieber auf. Bei der Mutter entwickelte sich die Eruption nicht in einem Tage, sondern am dritten Tage entstanden neuere Flecke und Blasengruppen, und am fünften Tage wieder neue, aber immer fielen die Effloreszenzen in das alte Gebiet. Die Mutter hatte im Kindesalter keine Varizellen durchgemacht. Heuer konnte man im Monat April und Mai in Budapest (II. Bezirk) eine entschiedene Varizellen- und Herpes zoster-Epidemie beobachten, weil sowohl in der Privat- als auch in der Spitalpraxis so viel Zosterfälle beobachtet wurden, wie niemals zuvor. Auch ein Arzt des Spitals erkrankte, der in den verflossenen Wochen mehrere Varizellen- und Zosterpatienten behandelt und die Beobachtung gemacht hat, daß die Zosterfälle in einzelnen Fällen kumulativ vorkamen. Porosz-Budapest.

Zur Kasuistik der Erytheme, von TROITZKAJA. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 30.) Beschreibung eines eigenen Falles von Erythembildung mit Anästhesie, welcher Anlaß gab zur Verwechslung mit Lepra. Der negative bakterioskopische Befund, das

Digitized by Google

Verschwinden der Flecken, ohne daß eine gelbe Verfärbung nachblieb, vor allem aber die allgemeine und nicht nur auf die Flecke beschränkte Anästhesie legten den Gedanken nahe, daß es sich nicht um Lepra, sondern um ein Erythem auf nervöser Grundlage handele. In der Tat kehrte nun die Sensibilität wieder zurück und die Flecke blaßten ab. Arth. Jordan-Moskau.

Augenläsionen beim polymorphen Erythem, von A. Terson. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 35.) Eine differentialdiagnostische Studie. Es können im Verlauf des Erythema polymorphe, papulöse und vesikulöse Effloreszenzen auf der Conjunctiva bulbi auftreten. Dieselben sind durch ihre oft ganz enorme Größe ausgezeichnet, lassen die Kornea frei und heilen in wenigen Tagen, ohne eine Spur zu hinterlassen, ab, im Gegensatz zum Augenpemphigus, der gewöhnlich zum Symblepharon führt. A. Gunsett-Straßburg.

Augenerscheinungen beim polymorphen Erythem; Erythema nodosum und Tuberkulose; Erythema nodosum und Glaukom, von A. Terson-Paris. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 29.) Verfasser hat meist die makulösen, papulösen, nodösen und vesikulösen Effloreszenzen der Konjunktiva im Verlaufe der verschiedenen Formen des Erythema multiforme eingehend beschrieben; er bringt nun zwei neue einschlägige Beobachtungen. Die eine betrifft eine 43jährige tuberkulöse Frau, die während einer makulösen Erythemeruption auf beiden Hornhäuten symmetrisch von einer tiefen parenchymatösen Entzündung befallen wurde. Heilung durch innere Behandlung. Im anderen Falle handelt es sich um einen 45jährigen Tuberkulösen, der von einem Erythema nodosum befallen wurde und gleichzeitig an der Innenseite der Hornhäute gelbliche Knoten aufwies. Langsame Heilung. Die Fälle sprechen auch für einen Zusammenhang zwischen Erythema polymorphe und Tuberkulose. Zum Schlusse weist der Verfasser noch auf das Vorkommen von Glaukom im Verlaufe eines polymorphen Erythems hin.

Richard Frühwald-Leipzig.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von Rudolf Pollak-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32.) Angeregt durch die Konstatierung von stark positiver Tuberkulinreaktion bei einigen Fällen von Erythema nodosum hat Verfasser seit zwei Jahren jeden einschlägigen Fall einer möglichst genauen Beobachtung und einer Tuberkulinprüfung unterzogen. 48 Fälle, die Kinder bis zum 13. Lebensjahr betrafen, reagierten sämtlich positiv; nach Wochen oder Monaten wiederholte Tuberkulinprüfungen fielen aber auch sämtlich positiv aus, so daß Verfasser den Schluß zieht, daß das Erythema nodosum im Kindesalter nur bei tuberkuloseinfizierten Individuen vorkommt. Verfasser glaubt, aus verschiedenen Erwägungen heraus, daß das Erythema nodosum tatsächlich eine tuberkulöse Hautaffektion ist, von der bisher nur der bazilläre Nachweis aussteht.

W. Lehmann-Stettin.

Erythema nodosum und Tuberkulose, von J. Dunlop-Shettleston. (Brit. med. Journ., 20. Juli 1912.) Verfasser schließt auf einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten einesteils auf Grund von anderweitigen Berichten und anderenteils auf Grund eines hier geschilderten Falles, bei dem ein 8jähriger Knabe 14 Tage nach dem Überstehen einer typischen Attacke von Erythema nodosum an tuberkulöser Meningitis mit tödlichem Ausgang erkrankte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Polymorphes Erythem und Tuberkulose, von P. Ciuffini. (La Clin. med. ital., 1912, Nr. 12.) Bei drei Fällen von polymorphem Erythem konnte der Verfasser bemerken, daß der Ausbruch der Erkrankung sehr schnell den ersten Sym-

Digitized by Google

ptomen der Tuberkulose folgte und in zwei Fällen von einer anderen schweren Lokalisation des Tuberkelbazillus gefolgt war. Mit intrakutaner Tuberkulininjektion konnte er jedesmal ein dem Erythemknötchen vollständig gleichendes Knötchen erzeugen, während die Reaktion mit physiologischer Kochsalzlösung und Diphtherieserum nur ganz gering war. Die Erzeugung eines solchen Knötchens vermittels der Intrakutanreaktion gelang leichter an den Stellen, an welchen die Dermatose lokalisiert war. Der Verfasser glaubt deshalb, daß das Erythem auf eine Toxinwirkung des Tuberkelbazillus zurückzuführen ist. A. Gunsett-Straßburg.

Das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs. Beitrag zum Studium der entzündlichen Hauttuberkulose, von H. ALAMARTINE-Lyon. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 69.) Im Anschluß an eine literarische Zusammenstellung der einschlägigen Fälle vertritt der Verfasser die Ansicht, daß es eine tuberkulöse Varietät des Erythema multiforme nodosum gibt. Klinisch spricht dafür, daß das Erythema nodosum sehr häufig bei manifest Tuberkulösen auftritt, und zwar unter dem Bilde eines neuen septikämischen Bazillenschubs. Häufig fällt der Ausschlag mit einem akuten oder subakuten polyartikulären Gelenkrheumatismus zusammen, der alle Merkmale des tuberkulösen Gelenkrheumatismus aufweist. Oft ist das Erythem der Anfang einer rapiden Tuberkulinisierung des Körpers (Meningitis). Für beide Fälle teilt der Verfasser Krankengeschichten zum Belege mit. Auch pathologisch-anatomische Beweise lassen sich erbringen. So fand PONCET in einem typischen subkutanen Erythemknoten typische tuberkulöse Läsionen mit Riesenzellen neben einfach entzündlichen Veränderungen. Ferner konnten GOUGEROT und LAROCHE experimentell im Tierversuch mit Tuberkelbazillen kutane Tuberkulide erzeugen, welche makroskopisch und mikroskopisch dem Erythema nodosum-Knoten entsprachen. Desgleichen ist der Bau der Läsion der Kutireaktion makroskopisch und mikroskopisch demselben gleich. Ferner sind oft die Seroreaktion von ARLOING und COURMONT, sowie die Kutireaktion positiv bei Individuen, welche sonst nicht tuberkuloseverdächtig sind. Aus all diesen Gründen glaubt der Verfasser annehmen zu dürfen, daß viele Fälle von Erythema nodosum auf einer tuberkulösen Infektion beruhen. A. Gunsett-Straßburg.

Erythema nodosum und Syphilis, von C. GUEIT. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 64.) Eine 17jährige Prostituierte bekam anfangs Januar 1912 Roseola mit breiten Kondylomen. Zugleich war ihr Allgemeinzustand stark ergriffen und sie klagte über starke Kopfschmerzen und Fieber. Sie wurde mit täglichen Hektininjektionen (0,2) 20 Tage lang und darauf mit zwei Serien von je 20 Injektionen von Hydrarg. benz. mit 10tägigem Intervall behandelt. Alle Symptome waren nach 14 Tagen verschwunden, und das Allgemeinbefinden hob sich wieder. Drei Monate später erschien unter Fieber ganz plötzlich ein typischer Ausschlag von Erythema nodosum an den Unterschenkeln mit Angina und Albumen im Urin, der auf Gaben von Natr. salicyl. in acht Tagen verschwand. Der Verfasser glaubt nicht, daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen beider Erkrankungen handelt, sondern daß das Erythem durch die Toxinwirkung der Syphilis hervorgerufen wurde.

A. Gunsett-Straßburg.

Hydroa aestivalis, von J. JUSTUS-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 27 und Gyógyászat, 1912, Nr. 28.) Die Patientin ist eine 18jährige Tochter eines Landmannes. Ihr Leiden besteht angeblich schon sehr lange. Jeden Frühling stellt sich auf den Handrücken, dem Gesichte, der Nase mit starkem Jucken ein Ausschlag ein, der sich in Anfällen bis zu den Wintermonaten erneuert. Auf geröteter Basis

Digitized by Google

sitzen bläulichrote, erbsen- bis bohnengroße Papeln, auf deren Spitze sich geringe exsudative Blasen, später kleine Krusten bilden. Die Papeln verschmelzen und bilden bläulichrote, mäßig dicke Infiltrationen. Im Gesicht, namentlich auf der Nase, ist die Infiltration auffallend. Der größere Teil der Papeln heilt spurlos, während der andere auf den beiden Gesichtshälften befindliche Teil so heilt, daß nach ihnen zahlreiche oberflächliche, mehr oder wenig runde Narben bleiben. Ein ähnliches Leiden beobachtete Verfasser vor mehreren Jahren in der internen Abteilung des Spitals. Der Patient ging als Rekonvaleszent im Garten spazieren, als die Frühlingssonne sein Gesicht und seine Hände beschien. Es folgte darauf eine Papel- und Blaseneruption. Diese Ausschläge schreibt man dem Sonnenlichte zu, und zwar den ultravioletten Strahlen; aber die pathologische Disposition spielt da die Hauptrolle. Um die Wirkung der violetten und ultravioletten Strahlen auszuprobieren, setzte Verfasser die Haut des Patienten den Strahlen der KROMAYERschen Quarzlampe in einer Entfernung von 5 cm 5—10 Minuten aus. Am nächsten Tage stellte sich auf den bestrahlten Stellen ein Erythem von bedeutender Heftigkeit ein, das teilweise auch heute noch besteht. Die Kürze der Exposition und die die Reaktion der gesunden Haut weit übertreffende Wirkung beweist in der Tat, daß die Haut des Patienten den genannten Strahlungen gegenüber über das gewöhnliche Maß empfindlich ist. Einige Stellen der Haut des Patienten schmierte J. mit einer äskulinhaltigen Salbe ein. Die optische Eigenschaft dieses Farbstoffes ist, daß sie die kurzwelligen Strahlen zu langwelligen umändert. Als geeignetes Schutzmittel empfiehlt man es in dem Präparat „Zeozon". Auf den Arm des Patienten zeichnet JUSTUS vor der Bestrahlung mit der Quarzlampe mit „Zeozon" Figuren. Diese blieben ganz weiß, während die benachbarten bestrahlten Flächen entzündet waren.

Porosz-Budapest.

Eine mit dem Vorherrschen von starkem Wind und kaltem Wetter verknüpfte Hautkrankheit, für welche der Name Dermatitis hiemalis vorgeschlagen ist, von W. T. CORLETT und H. N. COLE. (Amer. Journ. med. scien., Juni 1912.) Über die hier eingehend besprochene Affektion hat der eine der beiden Verfasser (CORLETT) schon bei früherer Gelegenheit berichtet. Das Leiden hat mancherlei in Übereinstimmung mit einem subakuten Ekzem, unterscheidet sich aber hiervon durch gewisse Momente, wie die Lokalisation, die ausschließlich die Hände, Handgelenke und gelegentlich die Füße, niemals aber den Rumpf, die Arme oder Beine betrifft, ferner durch die scharfe Abgrenzung der Läsionen, die Prominenz der Randgebiete nebst Neigung zu zentraler Abheilung, und durch die große Abhängigkeit von der Jahreszeit resp. dem Klima. Als Beispiele werden vier Fälle kurz in bezug auf die klinischen Erscheinungen geschildert, drei Männer im Alter von 21—35 Jahren und ein Dienstmädchen von 23 Jahren. Neben papulösen Flecken sieht man gelegentlich auch Bläschenbildung und die nach dem Platzen der Bläschen sich naturgemäß entwickelnden Folgeerscheinungen. Daß Witterungseinflüsse in ätiologischer Beziehung die Hauptrolle spielen, kann nach der vorliegenden Darlegung kaum zweifelhaft erscheinen. Die Gegend, wo diese Anomalie beobachtet worden ist, die Umgebung der großen Binnenseen von Nordamerika, ist gegen andere Striche durch starke und anhaltende Stürme und große Kälte ausgezeichnet, wie die mitgeteilten meteorologischen Beobachtungen erkennen lassen. Die genau geschilderten histologischen Verhältnisse lassen sich im Referate kaum wiedergeben; die auffälligsten Abnormitäten sind die Bläschenbildung (welche bald oberflächlicher lokalisiert ist und dann schnell der Zerstörung anheimfällt, bald, in tieferen Schichten sich vollziehend, von längerem Bestande ist) und die Vorgänge der Parakeratose und Akan-

Digitized by Google

those, starker Gefäßreichtum und im übrigen die üblichen Erscheinungen der Entzündung. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Hydroa vacciniformis Bazin, von Ed. Roussignol. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 39.) Therapeutisch wird Äskulin nach der Unnaschen Formel: Amylum 10,0, Aqua 10,0, Äsculin 2—4,0, 10%ige wässerige Sodalösung, 8 Tropfen Glyzerin auf 100° erwärmt 100,0, oder Chinin. hydrochlor. 0,3, Lanolin, Vaselin ää 10,0 empfohlen. In krustösen Formen kommen Fette oder Puder, Pulverisationen von 1%iger Resorzinlösung in Betracht, bei impetiginösen Formen wird mit Alibourscher Lösung 1:10 abgewaschen und eine 10%ige Salbe mit gelbem Quecksilberoxyd aufgetragen. A. Gunsett-Straßburg.

Epidermolysis bullosa hereditaria, von E. Hoffmann-Bonn. (Ber. d. Niederrh. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Bonn, 22. Jan. 1912.) Der Verfasser schildert den seltenen Fall einer Epidermolysis bullosa bei einem Kinde, das gleich bei der Geburt Erscheinungen einer Erosion mit blasig abgehobener Epidermis am Knie, ferner Nagelveränderungen an mehreren Fingern zeigte. Später kamen ohne Fieber neue Blasenbildungen hinzu, und sämtliche Finger- und einige Zehennägel wurden mehr oder weniger abgelöst. Über den ganzen Körper verbreiteten sich die Blasenbildungen. Wegen der Nagelerkrankungen und des intrauterinen Auftretens ist es wahrscheinlich, daß sich hier die schwerere sogenannte dystrophische Form entwickeln wird. W. Chrzelitzer-Posen.

Prurigo, Ekzema pruriginosum und Lichenisierung, von M. Morris-London. (Brit. med. Journ., 29. Juni 1912.) Zur Geschichte der Prurigo ist zu konstatieren, daß Hebra allerdings zuerst eine klare Definition des Leidens gegeben hat, wenn auch bei Willan, Cazenave und Devergie gewisse hierher gehörige Prozesse sich verzeichnet finden. Da aber Hebra die milderen Formen der Affektion nicht in das von ihm beschriebene Krankheitsbild, das er als unheilbar darstellt, mit einbezieht, erscheine es richtiger, um Konfusion zu vermeiden, bloß die Bezeichnungen Prurigo mitis und Prurigo gravis zu gebrauchen. Unter diesem Begriff würde zu verstehen sein eine mit intensivem Juckreiz verbundene Entwicklung von harten, diskreten Papeln mit vorwiegender Lokalisierung an den Streckseiten und nachfolgender Verdickung und Rauhigkeit der Haut, Lichenisierung. Verfasser gibt nun eine klare und umfassende Darlegung der Symptome, Ätiologie, Pathologie und Therapie des Leidens unter Berücksichtigung der wichtigsten Publikationen auf diesem Gebiet. In therapeutischer Hinsicht hat er die relativ besten Erfolge mit Radium und Röntgenstrahlen erzielt. Desgleichen gibt er eine kurze aber präzise Darlegung des Ekzema pruriginosum und der Lichenifikation. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Diagnose der eruptiven Fieber, von Brelet-Nantes. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 68 und 71.) Der Verfasser bespricht in ausführlicher Weise die Differentialdiagnose der einzelnen mit Ausschlag einhergehenden fieberhaften Erkrankungen während der einzelnen Krankheitsstadien. A. Gunsett-Straßburg.

Die Verhütung der bekannteren ansteckenden Kinderkrankheiten, von R. S. Haynes. (Arch. of Pediatrics, April 1912.) Der Artikel legt besonderen Wert auf die notwendige Isolierung sogenannter Bazillenträger und setzt im einzelnen auseinander, daß eine Übertragung von Scharlach, Masern, Pocken usw. leicht durch

Digitized by Google

Kleidungsstücke, Nahrungsmittel usw., die mit Kranken in Berührung gewesen, stattfinden kann. W. Lehmann-Stettin.

Kontaktinfektion bei ansteckenden Krankheiten, von D. Hedges-Plainfield. (Arch. of Pediatr., April 1912.) Der Artikel handelt hauptsächlich von den Übertragungsmöglichkeiten bei Scharlach und Diphtherie und stellt fest, daß Reinlichkeit und Sauberkeit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals, die mit dem Kranken in Berührung kommen, im allgemeinen genügen, um die Krankheitsübertragung auf ein Minimum zu reduzieren. Die Hauptgefahr der Übertragung stellen sogenannte Bazillenträger dar und nichtdiagnostizierte Fälle. W. Lehmann-Stettin.

Notiz über 150 Fälle von Skarlatina, welche in der Kinderklinik von Genf beobachtet wurden, von Pierre Gautier. (Rev. méd. Suisse rom., 1912, Nr. 8.) Nur ein einziges Mal konnten Streptokokken im Blute nachgewiesen werden. In 61% der Fälle handelte es sich um Scarlatina simplex ohne Komplikation, in 3 Fällen zeigte sich kurz vor oder während der Desquamation ein Rezidiv. Adenitis wurde in 6 Fällen, Otitis in 13 Fällen als Komplikation gefunden. Dreimal mußte der Processus mastoideus trepaniert werden. Bei acht Kindern zeigten sich artikuläre Komplikationen, hingegen trat Nephritis nur in einem einzigen Falle auf. Als weitere Krankheiten, die zur Skarlatina hinzukamen, sind noch Pneumonie (5 Fälle), Diphtherie (3 Fälle), Varizellen (6 Fälle) und Masern (10 Fälle immer nach der Skarlatina) zu nennen. 6 Kinder starben, und zwar 2 an Bronchopneumonie, 1 an Pneumonie, 1 an Empyem, 1 an Septikämie und 1 an Hyperthermie.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die sogenannte traumatische Skarlatina und über die scharlachähnlichen Erytheme, von Woinow. (Russki Wratsch, 1912, Nr. 18, 19 und 26.) Die Schlußfolgerungen dieser Arbeit lauten folgendermaßen:

Der traumatische Scharlach, welcher nach Verbrennungen auftritt, ist wirklicher Scharlach.

Verbrennungen geben zweifellos eine Disposition für den Scharlach.

Abgesehen von dem prädisponierenden Einfluß der Wunde für die Infektion unterscheidet sich der traumatische Scharlach durch nichts von dem gewöhnlichen, nicht traumatischen Scharlach, so daß es besser wäre, zur Vermeidung weiterer falscher Deutung des traumatischen Scharlach diese Bezeichnung fallen zu lassen.

Worin der Zusammenhang zwischen einer Verbrennung und dem Scharlach beruht, ist bis jetzt nicht aufgeklärt; ebensowenig wie der Moment der Infektion bekannt ist. Manches deutet dafür, daß die Infektion am häufigsten unmittelbar oder sehr bald nach der Verbrennung und nur in der späteren Periode der Verbrennung stattfindet.

Die allgemein verbreitete Ansicht von der Existenz scharlachähnlicher Erytheme mit ganz verschiedener Ätiologie beruht nach einer falschen Vorstellung über den Charakter des Scharlachausschlags. Es liegt kein Grund vor, die kleinpunktförmigen Erytheme nach Einspritzung von Serum nicht als wirklichen Scharlach anzusprechen, denn sowohl die Untersuchungen des Blutes, wie des Urins sprechen nicht gegen, sondern für eine solche Übereinstimmung.

Der kleinpunktförmige Ausschlag ist für den Scharlach ebenso spezifisch, wie die papulöse Pustel für Variola. Die vierte Krankheit von Filatow-Dukes kommt bei der Diagnose nicht in Frage, da sie, wenn überhaupt vorhanden, außerordentlich selten ist.

Der einzige kleinpunktförmige Ausschlag, welcher nicht vollkommen identisch mit dem Scharlach ist, ist der nach Einspritzung der Gabritschewskyschen

Digitized by Google

Vakzine auftretende, aber der Streptokokkus, aus welchem die Vakzine hergestellt wird, ist einer der Scharlacherreger oder von dessen Komplikationen.

Arth. Jordan-Moskau.

Familienidiosynkrasie und Virulenz bei Skarlatina, von G. S. Banks-Aberdeen. (Lancet, 4. Mai 1912.) Verfasser berichtet über ein Ehepaar mit vier erwachsenen Kindern, bei denen Scharlach in ganz besonders virulenter Form auftrat. Von den sechs Personen wurden fünf von der Krankheit ergriffen, und es starben der 62jährige Vater sowie zwei Töchter im Alter von 22 resp. 30 Jahren, während die zwei Söhne, 18 und 26 Jahre alt, nach schweren Erscheinungen sich schließlich erholten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Angina und Scharlach, von F. Hampel. (Gyógyászat, 1912, Nr. 34.) Wenn Szontágh annimmt, daß trotz der identischen Krankheitsursache je nach der modifizierenden Wirkung der Umstände einmal Scharlach, ein anderes Mal Angina entsteht, kommt er auf einen längst überwundenen primitiven Standpunkt zurück. Je größer die Infektionsfähigkeit eines Mikroorganismus ist, um so mehr wird die Rolle der Disposition in den Hintergrund gedrängt und auch umgekehrt. Die Virulenz und auch die Disposition ist ein Energievorrat. Beide können sich von Nichts bis ins Unendliche verändern. Wenn die Virulenz des Scharlachs nur gering ist, tritt Infektion nur bei sehr günstiger Konstellation der Disposition ein. Aber sie kann auch so virulent sein, wie die bei den Masern, und kann jedes Kind krank machen, mit dem es in Berührung kommt. In solchen Fällen kommt die Disposition nicht in Betracht, dafür gibt es eine Analyse. Auch das Sperma kann virulent, nämlich lebensstark, von rascher Bewegung oder aber in geschwächtem Zustande von sehr geringer Bewegung sein. Der weibliche Organismus ist nach der Ovulation zur Befruchtung am meisten geeignet. Die Befruchtung tritt sofort ein, wenn das Sperma ein Ei findet; wenn der zu machende Weg klein ist, ist es unwesentlich, ob das Sperma rasch oder langsam vorwärts kommt. Der zweite extreme Fall ist, wenn das Sperma auf die nächste Ovulation warten muß. Bis dahin bleibt nur das virulente Sperma wirkungsvoll. Verfasser faßt seine Ansicht über die Infektionsfähigkeit in folgendem zusammen: Die sporadischen Scharlachfälle sind wenig und nur direkt infizierend, dagegen bei den epidemischen ist das Gift (des wiederholt übertragenen Scharlachs) stark und dauerhaft. Nach längerer Zeit sind die sporadischen Fälle auch indirekt infektionsfähig. Bei Wiederholung von Infektionen ist nicht der mildere Verlauf, die größere Geschütztheit die Regel, sondern im Gegenteil die gesteigerte Empfindlichkeit.

Eine neue Serie beginnt mit milden Fällen. Die Vergleichung der Morbiditäts- und Mortalitätskurve einer jeden Epidemiestatistik beweist das. Der endemische und epidemische Scharlach infiziert nicht nur direkt, sondern auch durch Gegenstände. Man muß mit voller Kraft bestrebt sein, daß man mit Verhinderung der Passage der Mikrobien den epidemischen Charakter behebt. Auf diese Art hat man das Puerperalfieber zum Aufhören gebracht. Ein solches Lokal, wo Scharlachfälle wiederholt vorgekommen sind, muß als infiziert angesehen werden. Das Sperren eines Geschäfts, einer Schule nützt nichts und ist überflüssig. Auch das Lüften ist wirkungslos, da man keine Ursache hat, Scharlach als flüchtiges Gift anzusehen wie Masern. Formalinräucherung ist nur Spiegelfechterei. Man muß aufräumen und so rein halten, daß, wo immer infiziertes Eiweiß vertrocknet ist, es gewaschen, aufgelöst und vernichtet werden kann. Der individuelle Schutz muß so weit gehen, wie beim Typhus. Die Absonderung ist eine Frage der individuellen Verläßlichkeit und der Disziplin. Das System des Schutzes gegen Scharlach in

Digitized by Google

Budapest beruht auf gesunden Prinzipien. Nicht das System ist an der Erfolglosigkeit schuld, sondern die korrupten Verhältnisse. Solange die Hauseigentümer die infizierten Wohnungen weiter vergeben können, in der die Kinder sämtlicher früherer Bewohner seit Jahren an Scharlach erkrankten, solange die Hausärzte in materiellem Interesse des Familienoberhauptes die Erkrankungen verheimlichen, wird das Resultat immer wieder zunichte. In Provinzstädten sind die Verhältnisse noch ärger. Hier wäre nur von Nutzen, wenn der Staat in dafür aufgestellten Baracken sämtliche Scharlachfälle ohne Ausnahme auf einige Wochen sammeln würde und unterdessen großes Reinemachen der infizierten Wohnungen vornehmen ließe. Wenn die Möglichkeit der Weiterverbreitung nur auf vier Wochen unterbrochen wird, würde jahrelang Scharlach nicht epidemisch auftreten können.

Porosz-Budapest.

Zur Diagnose atypischer Scharlachfälle, von D. J. Milton Miller-Atlantic City. (Arch. of Pediatrics, April 1912.) Eingehende Auseinandersetzung über atypische Skalartina, bei der oft sämtliche Kardinalsymptome fehlen können; auch das Exanthem kann fehlen und das konstanteste Symptom scheint eine Angina zu sein.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von maligner Skarlatina; Tod binnen 30 Stunden; Autopsie, von H. L. Palmer-Laindon. (Lancet, 14. Sept. 1912.) Nichts Neues.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bakteriologische Blutuntersuchungen beim Scharlach, von W. N. Klimenko-St. Petersburg. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 65, Heft 1—3.) K. unternahm diese Untersuchungen, um auf Grund eines reichlichen Materials (von 523 Fällen) die Häufigkeit des Vorkommens des Streptokokkus im Blute der Scharlachkranken festzustellen und die Bedeutung seines Vorhandenseins für den Verlauf und die Prognose des Scharlachs klarzulegen. Die Fälle betrafen Kinder im Alter von 3—14 Jahren, meist wurde nur einmal, in manchen Fällen aber bis zehnmal je die Blutuntersuchung vorgenommen. In Summa wurde der Streptokokkus im Blute der Scharlachkranken selten gefunden, nämlich in 2,1% aller Fälle. In den frühen Stadien der Krankheit dringt er nie in das Blut ein. Durch das Vorhandensein des Streptokokkus wird dem klinischen Bilde des Scharlachs eine besondere Form, in deren Vordergrund die Erscheinungen der Septikopyämie stehen, eingeprägt. Die Prognose wird daher durch das Eindringen des Streptokokkus in die Blutbahn des Scharlachkranken eine schlechtere, wenn auch nicht unbedingt hoffnungslose. Zwischen Scharlachsynovitiden, -nephrititiden und -endokarditiden und Eindringen des Streptokokkus in die Blutbahn des Scharlachkranken besteht keine Wechselbeziehung. Nach dem Tode wird der Streptokokkus öfter als während des Lebens aus dem Blute gezüchtet. Bei rein toxischen Scharlachfällen enthält das Blut sowohl während des Lebens als auch nach dem Tode keine Streptokokken. Unbedingt existiert jedoch eine Wechselbeziehung zwischen den geschwürigen Prozessen bei den Scharlachkranken und dem Eindringen des Streptokokkus ins Blut. Nach seinen morphologischen und kulturellen Merkmalen muß man den Streptokokkus, welchen man aus dem Blute der Scharlachkranken oder der an Scharlach verstorbenen Personen züchtet, als Streptococcus longus und erysipelatis charakterisieren. Die Untersuchungen K.'s kommen also bezüglich der Häufigkeit und Bedeutung des Streptokokkus im Blute Scharlachkranker zu wesentlich anderen Ergebnissen, wie die früher von anderen Verfassern vorgenommenen.

Stern-München.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Rückfallsscharlach, von Z. Bókay-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 25.) Verfasser beschreibt den Fall eines achtjährigen

Digitized by Google

Mädchens. Der erste Scharlachausbruch dauerte nur vier Tage und verlief ziemlich milde. Am 18. Tage der Rekonvaleszenz trat der Rückfall auf, und dieser verlief viel schwerer als der erste Ausbruch. Porosz-Budapest.

Versuche, Scharlach auf Affen zu übertragen, von LANDSTEINER, LEVADITI, und PRASEK. (Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, séance du 29. avril 1911.) (Vorläufige Mitteilung.) (Ann. de l'Inst. Pasteur, Okt. 1911, Nr. 10.) Es gelingt leicht, die Scharlachangina von einem Scharlachkranken auf Schimpansen zu übertragen. In allen vier Fällen erkrankten diese Tiere 2—3 Tage nach der Übertragung durch Pinselung von Rachen zu Rachen. Es bildeten sich Beläge und Geschwüre auf den Mandeln, Fieber und Durchfall kam hinzu. Heilung nach 6—7 Tagen. Immunität gegen eine weitere gleiche Impfung bestand nicht. Durch subkutane Injektion defibrinierten Blutes von Scharlachkranken (75 ccm) oder von Drüsenbrei eines an Scharlach gestorbenen Kindes wurde bei 2 Schimpansen eine schwere, tödliche Allgemeinerkrankung erzeugt, in dem einen Fall mit allgemeinem Exanthem, in dem anderen mit einem an der Injektionsstelle lokalisierten. Der Sektionsbefund, insbesondere der histologische Befund an Haut, Mandeln, Drüsen und Nieren unterscheidet sich bei diesen Affen nicht von dem bei an Scharlach gestorbenen Menschen. In den Mandeln und in den an der Injektionsstelle entstandenen Abszeß fanden sich außerdem Streptokokken. Auch die kurze Inkubationsdauer ähnelt den Verhältnissen bei Menschenscharlach.

Um zu prüfen, ob die experimentelle Erkrankung eine einfache Streptokokkeninfektion sei, wurden 3 Schimpansen und mehrere kleinere Affen mit Streptokokkenkulturen geimpft, welche von einer Scharlachangina bei einem Anthropoiden oder auch von menschlichem Scharlach stammten. Es entstanden nur leichtere lokale Entzündungen. Der Streptokokkus wird nach diesen Versuchen nicht mit dem übertragenen Scharlachvirus identifiziert.

An 35 kleineren Affen wurden gleiche Übertragungsversuche gemacht und kein konstantes Resultat erzielt, insbesondere nie Angina, Exanthem und Abschuppung. Werther-Dresden.

Postdiphtherisches Erysipel als Äquivalent von Scharlach, von MORITZ MAYER-Simmern. (Ztschr. f. Medizinalbeamte, 1912, Nr. 10.) Die Eltern eines an Scharlach erkrankt gewesenen Kindes erkrankten gleichzeitig; der Vater an schwerem Scharlach mit Entzündung der Gelenke, die Mutter an Diphtherie und Gelenkschmerzen, dann nach wenigen Tagen mit Gesichtserysipel. Schourp-Danzig.

Weiteres über Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach, von DÖHLE-Kiel. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 65, Heft 1—3.) D. hatte schon früher (Centralbl. f. Bakteriol., Bd. 61, referiert in dieser Wochenschrift, Bd. 54, S. 420) über Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach und die verschiedenen Formen derselben berichtet, ohne ihnen eine bestimmte Deutung zu geben. Bei seinen weiteren Untersuchungen ist er nun wiederholt, besonders in zwei Fällen, einer Form begegnet, die keine andere Erklärung zulassen könnten, als daß es sich um Spirochäten handelt. Ist diese Ansicht richtig, so würde die Scharlachkrankheit durch Spirochäten hervorgerufen werden und die bisher beschriebenen Einschlüsse würden als Spirochäten anzusehen sein. Die weiter daran sich anknüpfenden Fragen, wo im Körper sonst noch die Spirochäten zu finden sind, wie und wo sie in den Körper gelangen u. a. m. müssen der experimentellen Untersuchung überlassen bleiben. Neben der diagnostischen Bedeutung dieser Leukozyteneinschlüsse, die auch KRETSCHMER bestätigt, kommt dem Befunde von Spirochäten vielleicht auch eine prognostische Bedeutung bei, da sie

Digitized by Google

hauptsächlich in zwei als schwer bezeichneten Fällen, wovon der eine mit dem Tode endete, gefunden wurden. Stern-München.

Einschlußkörperchen im Blute von Scharlachkranken als Mittel zur Differentialdiagnose, von MATTHIAS NICOLL und ANNA W. WILLIAMS-New York. (Arch. of Pediatr., Mai 1912.) Die Verf. haben die Befunde von DOEHLE und KRETSCHMAR nachgeprüft und haben Blutpräparate von etwa 50 Scharlachfällen sowie von 25 nicht-scharlachkranken Kontrollfällen untersucht; in 45 Fällen waren sie imstande, die von DOEHLE beschriebenen Körperchen nachzuweisen. In sechs Fällen, in denen dies nicht gelang, handelte es sich durchweg um Fälle, die länger als 8 Tage erkrankt waren. Wenn sie sich auch über die Natur dieser Körperchen vorläufig noch nicht äußern können, glauben sie doch, daß Blutuntersuchungen in der ersten Woche einer fieberhaften Erkrankung eine Differentialdiagnose gegenüber Masern, Röteln und toxischen Erythemen ermöglichen. W. Lehmann-Stettin.

Einschlußkörperchen im Blute von Scharlachkranken, von MATTHIAS NICOLL-New York. (Arch. of Pediatr., Mai 1912.) N. hat seine Untersuchungen weiter fortgesetzt und verfügt jetzt über Befunde in 115 Fällen von Scharlach und in 80 Kontrollfällen. Von Wichtigkeit erscheint, daß die Befunde bei Masern und Röteln stets negativ waren, daß sich aber Einschlußkörperchen bei 8 Fällen von Erysipel und in 4 Fällen von Typhus gefunden haben. W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung des Scharlachs, von L. FISCHER-New York. (Arch. of Pediatrics, Juli 1912.) Verfasser setzt die einzelnen therapeutischen Maßnahmen, besonders zur Vorbeugung und Bekämpfung von Komplikationen auseinander, ohne wesentlich Neues zu bringen. Von der Behandlung mit Vakzine und mit Serum hat er bisher keinerlei greifbare Resultate gesehen. Er legt großen Wert auf die regelmäßige, wenn nötig, künstliche Entleerung des Darmes und empfiehlt tägliche Kontrolle des Urins. Von der salzfreien Diät bei der Scharlachnephritis hat er keine besonderen Resultate gesehen. Das Wichtigste, besonders in schweren Fällen, scheint die Überwachung des Herzens und die rechtzeitige Darreichung stimulierender Mittel zu sein. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit nukleinsaurem Natrium, von M. G. MOLJAKOW-Wladimir. (Russkij Wratsch, 1912, Nr. 9.) Es werden Injektionen von sovielmal 0,1 Natr. nucleinicum, als das Kind Jahre zählte, angewandt — aber nie über 1,0 g. Die Substanzmenge gelöst in 30—50 ccm Wasser in das Unterhautzellgewebe der Bauchdecken appliziert. Die Temperatur stieg meist um 0,5—1°. Außer den Einspritzungen wurde den Kranken 3%iges Wasserstoffsuperoxyd für Halspinselungen verordnet; die weitere Behandlung beschränkt sich auf die Darreichung von Koffeinsalzen, auf Bäder und Diät. Der Verlauf der Krankheit wurde geradezu kupiert, in 2—3 Tagen war die Temperatur zur Norm gesunken und die Erscheinungen klangen ab. Zweifellos bewirkt die durch Nukleinsäure hervorgerufene Hyperleukozytose einen erhöhten Widerstand des Organismus gegen das Virus. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Eukalyptusbehandlung von Scharlach und Masern, von M. KRETSCHMER-Straßburg i. E. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Die von MILNE seit einigen Jahren warm empfohlene Behandlung von Scharlach- und Masernkranken mittels Eukalyptusöl hat K. an einem Material von 77 Scharlachkindern angewandt, doch hat ihn die Methode wenig befriedigt, und er hat von der weiteren Verwendung derselben abgesehen, zumal sie bei zwei Gelegenheiten als Prophylaktikum bei Masern sich auch nicht bewährte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Antistreptokokkenserum, von O. Szekeres-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 15.) Das Moserscche Scharlachserum in der vorgeschriebenen Dose von 200 ccm, spätestens am vierten Tage angewendet, hat in den meisten Fällen des Verfassers auffallende, in allen seinen Fällen nachweisbare Besserung hervorgerufen. Die Wirkung ist hauptsächlich antitoxisch und zeigt sich in dem Aufhören der Gehirn- und Nervenerscheinungen, kurz in der Besserung des Allgemeinbefindens, in dem plötzlichen Sinken der Temperatur, in dem Kräftigerwerden der Herztätigkeit. Weniger auffallend ist die Wirkung auf die Rachennekrose, auf den Nasenfluß. Nicht nachweisbar ist die Wirkung auf Komplikationen, auf die Krankheitsdauer und auf den Verlauf der Abschuppung. Die mit 15—20 ccm Serum vorgenommenen prophylaktischen Impfungen bekräftigen, ja sie überflügeln gewissermaßen Mosers Resultate, insofern sich nur zweimal nach der Schutzimpfung Scharlachinfektion eingestellt hat. Porosz-Budapest.

Über die Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser, von Oskar Szekeres-Budapest. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) Das Moserscche Scharlachserum bewirkte in der vorgeschriebenen Menge von 200 ccm, spätestens am vierten Tage appliziert, in den meisten Fällen eine auffallende, in allen Fällen eine nachweisbare Besserung. Die Wirkung war hauptsächlich antitoxischer Natur und bestand im Verschwinden der zerebralen, nervösen Erscheinungen, im plötzlichen Sinken der Temperatur und dem Kräftigerwerden der Herztätigkeit. W. Lehmann-Stettin.

Die jüngsten Arbeiten über die Ätiologie der Skarlatina, von C. Levaditi. (Presse méd., 1912, Nr. 69.) Außer einer Übersicht über die neuesten Arbeiten über Versuche der Skarlatinaübertragung auf Tiere gibt der Verfasser auch nähere Details über eigene Versuche. Aus denselben geht hervor, daß die Inokulation von Exsudaten der Mandeln skarlatinöser Kinder auf die Schleimhaut des Halses von Schimpansen eine Angina hervorruft, welche der skarlatinösen ähnlich ist. Sie tritt 2—3 Tage nach der Inokulation auf und ist durch die Bildung von Pseudomembranen, von Pröpfen und Ulzerationen auf den Mandeln ausgezeichnet. Sie ist oft von Fieber und Diarrhöe begleitet und heilt in 6—7 Tagen wieder ab. Reinokuliert man ein solches Tier zwei Tage nach der Heilung auf dieselbe Weise, so tritt wiederum eine Angina auf. Es entsteht also keine Immunität. In fünf Versuchen erzielte der Verfasser jedesmal einen positiven Impferfolg. Außerdem wurden zwei Schimpansen subkutan mit virulentem Blut und Drüsenemulsion injiziert. Sie bekamen eine fieberhafte Allgemeininfektion, welche zugleich mit der Angina evoluierte und zum Tode der Tiere führte. Bei dem einen der beiden Tiere war die Allgemeininfektion von einem generalisierten Exanthem begleitet, welches dem skarlatinösen ähnlich sah; beim zweiten von einem mehr in die Umgegend der Lokalisationsstelle lokalisierten Erythem. Bei einem dritten auf dieselbe Weise inokulierten Schimpansen erschien eine leichte Angina, ein leichtes Erythem und eine Desquamation, welche in der für Skarlatina typischen Weise verlief. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Ätiologie von Masern und Scharlach, von William H. Park-New York. (Arch. of Pediatrics, Juni 1912.) Bei Masern haben die mikroskopischen Untersuchungen des Blutes, der Gewebe und Körperflüssigkeiten keinerlei Mikroorganismen gezeigt, die als ursächlich angesehen werden konnten. Doch ist es in einigen Fällen gelungen, bei Affen, die mit dem Blute Masernkranker geimpft wurden, ähnliche Erscheinungen zu erzeugen. Das supponierte Virus ist filtrierbar durch einen

Digitized by Google

BERKEFELD-Filter, widersteht Austrocknung 24 Stunden lang und wird durch Hitze zerstört, wenn es 15 Minuten lang einer Temperatur von 55° C ausgesetzt wird.

Auch bei Scharlach ist der ätiologische Faktor noch nicht sicher gefunden; auch hier sind Affen mit anscheinend positivem Erfolge geimpft worden. Wieweit die bei Scharlach gefundenen Streptokokken ätiologisch von Bedeutung sind, steht noch nicht fest; die von DOEHLE gefundenen Einschlußkörperchen, die auch der Nachprüfung von anderer Seite standgehalten haben, sind zunächst diagnostisch interessant. Über ihre ätiologische Bedeutung läßt sich noch nichts sagen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Hospitalmasern und Sterbekasuistik nach Masern, von G. E. WLADIMIROFF-Moskau. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 58, H. 4—6.) Im Gegensatz zur Mortalität an Masern in Privathäusern ist die Sterblichkeit bei den Hospitalmasern sehr groß. Als Ursache gelten die Unterbringung in den Krankenhäusern meist von schweren Fällen, die Überfüllung der Masernabteilung, Mischinfektion, Ansteckung bei Kindern, die schon eine andere Krankheit durchgemacht haben, und die weniger sorgfältige Pflege. Die Sterblichkeitsziffer der Hospitalmasern steht fast auf gleicher Höhe mit Scharlach und Diphtherie; sie ist in Wahrheit noch höher, denn die Todesfälle von Masern, die mit Scharlach oder Diphtherie kompliziert waren, kommen in die Rubrik Scharlach oder Diphtherie. Es dürfte sich empfehlen, die Abteilungen für Scharlach- und Diphtheriekranke in den Krankenhäusern auf Kosten der Masernkranken zu erweitern und diese nur für die im Krankenhaus an Masern Infizierten zu lassen, sonst aber Masernkranke überhaupt nicht in Krankenhäusern unterzubringen. Schourp-Danzig.

Die Masernepidemie des Jahres 1830, beobachtet in Elberfeld, von CARL HEINRICH ALEXANDER PAGENSTECHER, gest. 1869 in Heidelberg. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 58, H. 4—6.) Historisch-klinische Studie. Schourp-Danzig.

Betrachtungen über eine Masernepidemie, von A. E. TAIT-Cheltenham. (Brit. med. Journ., 29. Juni 1912.) Enthält nichts Neues. Philippi-Salzschlirf.

Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen, von ALFRED SOUCEK-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Serologische Untersuchungen über das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern, von KURT WEINMANN. (Dissertation, Heidelberg, 1912.) PIRQUET hat ein „eigentümliches Verhältnis der Masern zur Tuberkulinreaktion" festgestellt und die Vermutung ausgesprochen, daß das Verschwinden der Allergie durch den Masernprozeß zu erklären sei (Wien. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 38.) Die Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin während der Masern ist aber, wie verschiedene Angaben in der Literatur und ein vom Verfasser mitgeteilter Fall dokumentieren, nur eine relative. — Auch bei anderen Infektionskrankheiten wurde eine ähnliche Beeinflussung der Tuberkulinreaktion beobachtet wie während der Masern, bei Krankheiten, die klinisch weder eine günstige noch eine schlechte Einwirkung auf den tuberkulösen Prozeß erkennen lassen. — Angesichts des nicht geklärten Standes der Frage und gestützt auf die Vermutung v. PIRQUETs, das Absinken der Tuberkulinreaktion könnte auch durch die Anwesenheit eines hindernden Elementes bedingt sein, wurden auf Anregung MOROS in der Luisenheilanstalt zu Heidelberg diesbezügliche Versuche angestellt. Zugrunde gelegt wurde die Fragestellung, ob die Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit Tuberkuloseinfizierter während der Masern auf gewisse serologisch faßbare Veränderungen des Blutes zurückzuführen ist und ob sich etwa im Serum Masernkranker Stoffe finden, die auch in vitro das Tuberkulin so verändern,

Digitized by Google

daß die Kutanreaktion bei tuberkulinempfindlichen Individuen gehemmt wird. Diese Frage wird dahin beantwortet, daß bei der eingeschlagenen Versuchsanordnung die kutane Reaktion hemmende Stoffe im Blutserum Masernkranker nicht nachweisbar waren. Von masernkranken Kindern wurden während des exanthematischen Stadiums ca. 1—2 ccm Blut in sterilen Reagenzröhrchen aufgefangen. Das steril abpipettierte Serum wurde mit Alttuberkulin (Höchst) bzw. Kochsalzverdünnungen des Alttuberkulins in bestimmten Mengenverhältnissen gemischt, die Gemische in der Regel 16 Stunden bei 37° C gehalten, dann entweder unmittelbar oder nach Aufbewahrung im Eisschrank bei Kindern mit positiver Kutanreaktion verimpft. Die Impfung erfolgte in Anlehnung an die v. PIRQUETsche Originalmethode. Ergebnis: die kutane Impfung tuberkuloseempfindlicher Kinder mit abgestuften Tuberkulinverdünnungen (25%, 10%, 5%, 2%, 1%), hergestellt durch Vermischung von Alttuberkulin (Höchst) mit aktivem bzw. inaktiviertem Serum masernkranker Kinder im exanthematischen Stadium, und Kontrollimpfungen mit entsprechenden Tuberkulin-Kochsalzverdünnungen, ergab keinen ersichtlichen Unterschied in der Art und Intensität der Reaktionen: das Serum masernkranker Kinder war in keinem Falle imstande, das Tuberkulin in vitro derart zu verändern, daß eine Beeinflussung der Kutanreaktion bei tuberkulinempfindlichen Individuen zustande gekommen wäre. Aus diesen Resultaten wird gefolgert, daß der herabgesetzten Tuberkulinempfindlichkeit tuberkulöser Masernkranker keine humorale Ursache zugrunde liegt. Fritz Loeb-München.

Die Giftigkeit des Harns bei Masern und anderen Infektionskrankheiten, von HANS ARONSON und P. SOMMERFELD-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.) Im Harn Masernkranker findet sich konstant ein hitzebeständiges, dialysables Gift, das bei intravenöser Injektion Meerschweinchen und Kaninchen akut tötet oder mindestens sehr schwer krank macht.

Die Injektion von 2 ccm Harn genügt meistens, die Versuchstiere unter Erscheinungen zu töten, welche den beim akuten anaphylaktischen Tod beobachteten durchaus ähneln.

Die Harngiftigkeit geht weder parallel mit der Schwere der Erkrankung, noch mit dem Auftreten der Diazoreaktion und des Exanthems. Die Dauer der Giftwirkung ist unregelmäßig.

Harn von anderen Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Diphtherie, Pertussis, Scharlach) enthält kein Gift. Dagegen verhält sich der Urin bei Serumexanthemen und bei manchen nicht genau zu klassifizierenden Exanthemen (Fourth disease) ebenso wie bei Masern.

Die intravenöse Harninjektion ist differentialdiagnostisch verwertbar.

O. Junghanns-Dresden.

Ein Fall von Ekthyma im Verlaufe von Varizellen bei gleichzeitigen Masern und Scharlach, von EDMUND NOBEL-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Mischinfektionen bei einem Kinde von 20 Monaten. Schourp-Danzig.

An den Quellen der Pocken- und Impffrage, von HEINRICH BÖING-Groß-Lichterfelde. (Mitt. z. Geschichte der Med. und Naturwissensch., Bd. 11, Nr. 4.) Eine historische Studie über die volkswirtschaftlichen und hygienischen Verhältnisse, die an der Wende des vorigen Jahrhunderts die enorme Ausbreitung der Pocken und dann deren Rückgang kritisch beleuchten soll, wobei der Verfasser den Einfluß der JENNERschen Schutzimpfung merkwürdig gering bewertet. Zum ausführlichen Referate nicht geeignet. Lasch-Breslau.

Die Variolaepidemie in Fondi (Caserta), von A. MAZZOLANI. (Policlinico, 1912, Nr. 10.) Der Verfasser konnte feststellen, daß diejenigen Gemeinden, in welchen

Digitized by Google

eine regelmäßige Impfung der Neugeborenen üblich war, eine viel geringere Morbidität an Variola aufwiesen. Prophylaktische Vakzinationen während der Epidemie hatten nur Erfolg, wenn sie beizeiten und nicht erst während der Inkubationszeit der Variola vorgenommen wurden. A. Gunsett-Straßburg.

Pockenerkrankungen in der Stadt Königsberg in den Jahren 1875 bis 1911, von STUMM-Stralsund. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 13.) In der 36 Jahre umfassenden Beobachtungszeit sind zwei größere Epidemien 1881—1884 und sonst nur zwei kleinere Epidemien und Einzelerkrankungen vorgekommen. Von dem Jahre 1884 sind im ganzen 43 Personen an Pocken in Königsberg erkrankt und davon neun gestorben. Der Seuche sind nur Personen zum Opfer gefallen, welche entweder gar nicht geimpft waren oder bei denen die Impfung schon lange Jahre zurücklag. Schourp-Danzig.

Über eine Pockenepidemie in Frankfurt a. M. und die impfgegnerischen Bestrebungen, von E. FROMM-Frankfurt a. M. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 18.) Der erste Vorsitzende des Vereins impfgegnerischer Ärzte, SPOHR, wurde das Opfer seiner Anschauungen, indem er Ende April 1912 von einer schweren Pockenerkrankung befallen wurde. Als Quelle der Infektion ließ sich eine Infektion bei einer aus Rußland zugereisten Dame feststellen, welche von SPOHR behandelt worden war. Im ganzen erkrankten 11 Personen, welche miteinander in Berührung gekommen waren. Nachweislich erkrankten nicht die Personen, welche geimpft und wiedergeimpft waren und dabei mit den Erkrankten in unmittelbare Berührung kamen.

Wegen Verletzung der Anzeigepflicht wurde SPOHR mit einer Geldstrafe belegt. Schourp-Danzig.

Symmetrische Osteomyelitis nach Variola, von CURT SCHWENK-Breslau. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 58, H. 1—3.) Bei einem 14jährigen Mädchen aus Russisch-Polen bildeten sich einige Wochen nach überstandener Variola symmetrische Schwellungen an beiden Schultergegenden, welche inzidiert werden mußten. Aus der Inzisionswunde entleerten sich große Mengen Eiters. Die Röntgenaufnahmen ergaben beiderseits symmetrische Erkrankungen des Akromions. Durch Entfernung einiger Sequester und Eröffnung kleiner Knochenherde wurde Heilung und völlige freie Beweglichkeit der beiden Arme im Schultergelenk erzielt. Schourp-Danzig.

Die Vakzineimmunität der Variolakranken und die in den Variolakrankenhäusern ausgeführten immunisierenden Impfungen, von GUISEPPE POLLACI-Palermo. (Riforma med., 1912, Nr. 34.) Es wurden in elf Monaten 2979 Variolakranke in den Variolakrankenhäusern Palermos verpflegt, von welchen 52% nicht geimpft, 42% einmal geimpft, 1% wiedergeimpft waren. Unter diesen 2979 Kranken starben 678, also 22% (während von den in ihrer Wohnung verpflegten Variolakranken zu derselben Zeit 41% starben). Von den Nichtgeimpften starben 32%, von den einmal Geimpften 17%, von den Wiedergeimpften 7%. In die Krankenhäuser wurden ferner 1585 Gesunde (Familienangehörige usw.) aufgenommen, wozu noch 181 Personen als Wartepersonal kamen, welche alle 1766 geimpft wurden. Von diesen Impfungen fielen 55% positiv, 40% negativ und 15% unsicher (vorzeitiger Austritt aus dem Spital) aus. Von dem Wartepersonal wurde niemand krank, von den 1585 übrigen gesunden Personen erkrankten 2%, wurden aber geheilt. Unter diesen waren 31 mit negativem Erfolg geimpft worden und erkrankten 2—8 Tage nach ihrem Eintritt ins Spital. Bei den anderen 15 fiel die Impfung positiv aus; bei 12 von ihnen begann die Erkrankung schon 2—12 Tage nach der Impfung, nur bei dreien später,

Digitized by Google

am 16., 20. und 30. Tage nach der Impfung. Ihre Erkrankung war übrigens nur leichter Art. A. Gunsett-Straßburg.

Prophylaxe der Variola mittels Eselvakzine, von Boinet und Huon. (Bull. méd., 1912, S. 764.) Durch Passage auf den Esel wird das Virus der Kuhpocken erheblich virulenter. Die Eselvakzine wirkt viel stärker immunisierend als die Kälberlymphe und soll deshalb zu Zeiten von Epidemien verwendet werden. In normalen Zeiten genügt die gewöhnliche Kälbervakzine.

Richard Frühwald-Leipzig.

Neue Behandlung der Variola mit Jodtinktur, von Rockhill. (Journ. amer. med. assoc., 1912.) Der Verfasser verwandte in mehr als 80 Fällen folgende Therapie: 2—3mal täglich wird eine 10%ige Mischung von Jodtinktur und Glyzerin auf die Pusteln gestrichen, wobei die größeren Pusteln vorher durch Punktion eröffnet werden. Die lokalen Resultate sind sehr gute, und auch die Allgemeinerscheinungen bessern sich mit Sicherheit. A. Gunsett-Straßburg.

Warum werden wir geimpft?, von Karl Dohrn-Hannover. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 10.) Das Publikum hat die verworrensten Begriffe von dem Wesen und dem Zweck der Impfung. Daher tut Aufklärung not. Es dürfte sich empfehlen, an den Impfterminen Merkblätter über den Nutzen der Impfung zu verteilen. Die in der Presse von Zeit zu Zeit veröffentlichten Mitteilungen über angebliche Impfschädigungen dürfen nicht unwidersprochen bleiben.

Schourp-Danzig.

Bemerkungen zu dem Aufsatze von Karl Dohrn-Hannover: „Warum werden wir geimpft?" von R. Beltinger-Nördlingen. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 11.) B. glaubt nicht, daß das Publikum die Impfmerkblätter beachten wird, falls sie nicht mit Illustrationen von Blatternkranken versehen sind. Er selbst hat seit zehn Jahren bei jeder Impfung solche Bilder vorgezeigt. Schourp-Danzig.

Über die Notwendigkeit der Vakzination, von F. Abba. (Pubblicatione della Società Piemontese d'Igiene. Tip. A. Testa, Biella 1912). Ein geschichtlicher Überblick über die Einführung der Vakzination in den verschiedenen Ländern.

A. Gunsett-Straßburg.

Schutzimpfung und der ärztliche Beruf, von Isaac W. Brewen-Fort Niagara. (New York med. Journ., 10. August 1912.) In den Vereinigten Staaten betrug die Zahl der Blatternfälle im J. 1910 das Dreifache (30,352) als im vorhergehenden Jahre. Br. führt nun als Grund hierfür zum Teil die heftige Agitation der Impfgegner, zum Teil aber auch die höchst mangelhafte Beherrschung der Impftechnik, welche denselben stets neue Waffen lieferte, von seiten vieler Ärzte an. Br. erklärt, täglich Personen zu sehen, welche ungeheure Narben aufwiesen, die sie als erfolgreiche Impfungen erklären, die aber in Wirklichkeit nur Narben infizierter Wunden seien. Bei der Schutzpockenimpfung muß eben dieselbe peinliche Sauberkeit wie bei jeder anderen chirurgischen Operation herrschen und das Publikum genau über die Reinlichkeitspflicht nach der Impfung unterrichtet werden. Die medizinischen Unterrichtsanstalten sollten, was bisher nicht der Fall ist, die Impfmethoden in ihren Unterrichtsplan aufnehmen, und die Prüfungskommissionen verlangen, daß jeder Kandidat nachweisen soll, er habe vor der Zulassung zur Prüfung zehn oder mehr Personen ohne Nebenerscheinungen geimpft. In erster Linie müßten also durch entsprechende Vorbildung der Ärzte die Argumente der Impfgegner widerlegt werden.

Stern-München.

Erfahrungen bei der Schutzpockenimpfung, von Bachmann-Harburg. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 18.) B. widerrät jeder Vorbehandlung des Impffeldes.

Digitized by Google

Zur Desinfektion der Hände des Impfarztes empfiehlt er den Gebrauch von Marmorstaubseife mittels eines Stückchens Luffah. Schourp-Danzig.

Einige Erfahrungen bei dem diesjährigen Impfgeschäft, von HILLENBERG-Zeitz. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 18.) H. hält das VON OETTINGENsche Mastisol für ein ausgezeichnetes Mittel, das Impffeld durch Fixierung der Hautbakterien zu sterilisieren, ohne daß die Kraft der Lymphe beeinträchtigt wird. H. versuchte festzustellen, wieviel die Wiederimpflinge von dem Zweck der Impfung wußten, und fand in 22% richtige und in etwa 25% teilweise richtige Anschauungen. Er befürwortet den Vorschlag DOHRNS, durch bildliche Darstellungen von Pockenkranken das Wissen vom Wesen der Impfung zu fördern. Schourp-Danzig.

Über Impfergebnisse mit Desinfizientien und Schutzverbänden im Kreise Lötzen, von ZELLE-Lötzen. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 18.) Z. gibt der Joddesinfektion der Impfstelle wegen der besseren Erfolge den Vorzug vor der Alkoholdesinfizierung. Bei privaten Impfungen empfiehlt er die Anlegung von HELFENBERGschen Schutzkapseln. Schourp-Danzig.

Über einen bemerkenswerten Fall von Übertragung von Vakzinationspusteln, von DAVID KLEPETAR-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Eine stillende Mutter, die an einer Brust ein Ekzem hatte, infizierte sich an dieser Stelle von ihrem geimpften, nicht mit Schutzverband versehenen Kinde und bekam daselbst typische Vakzinationspusteln. H. Lautsch-Graudenz.

Allgemeine ulzeröse Vakzineerkrankung mit tödlichem Ausgange, von CRESPIN und CAZENAVE-Algier. (Prov. méd., 1912, Nr. 32.) Die Verfasser beschreiben ein Krankheitsbild, von dem sie behaupten, in der Literatur nur ein analoges gefunden zu haben, wie überhaupt die im Anschluß an die Impfung auftretenden Vakzineerkrankungen zu den großen Seltenheiten zu gehören scheinen; abzusehen ist natürlich von Erkrankungen, die durch verunreinigte Lymphe oder sekundäre Infektion der Impfstiche zustande kommen. Bei den Fällen, die die Verfasser im Auge haben, kommt es entweder zu einer lokalen, per continuitatem durch die Haut verbreiteten Erkrankung oder zu einer allgemeinen, wenn das Virus durch die Blut- bzw. Lymphbahnen verschleppt wird. Charakterisiert ist das erwähnte Krankheitsbild dadurch, daß bei anscheinendem Wohlbefinden des kleinen Patienten (3 Monate alt) ca. 7—10 Tage nach der Impfung die ersten Pusteln und Blasen mit trübem Inhalt an von der Impfstelle mehr oder weniger entfernten Körperteilen auftraten und diesen ersten Pusteln im Laufe von 40 Tagen sehr langsam und ganz vereinzelt in allen Körperregionen immer neue folgten, während die alten sich mehr ausbreiteten, bis das Kind in seinem Ernährungszustande so litt, daß es am 50. Tage nach der Impfung starb. Da eine Schwester des Patienten und andere Kinder mit derselben Lymphe an demselben Tage geimpft wurden und gesund geblieben sind, nehmen die Verfasser eine Idiosynkrasie des von gesunden Eltern stammenden, für sein Alter sehr gut entwickelten Kindes an. Lasch-Breslau.

Dermatitis bullosa nach Impfung, von J. L. KIRBY-SMITH-Jacksonville. (Med. Record, 17. August 1912.) Es handelt sich um einen neunjährigen Knaben, der angeblich zehn Tage nach erfolgreicher Impfung einen Blasenausschlag in der Umgebung der Impfpusteln und am Arm, weiterhin auch an anderen Stellen des Körpers bekam. In die Beobachtung des Verfassers kam der Knabe erst ein Jahr später; während dieses ganzen Jahres ist er nie frei von Blaseneruptionen gewesen; wenn auch spontane Abheilung stattfand, kam es immer wieder zu neuen Nachschüben. Das Allgemeinbefinden war dabei fast gar nicht gestört. Verfasser ist geneigt, die Diagnose auf Pemphigus zu stellen und glaubt, daß eine Beziehung

Digitized by Google

zu der gleichzeitig bestehenden Phimose vorhanden war. Da die interne Medikation ohne jeden Erfolg gewesen ist, wurde die Zirkumzision vorgenommen; danach ist der Patient fünf Wochen ohne Rezidiv geblieben. W. Lehmann-Stettin.

Ein angeblicher „Impf"totesfall, von Bröckerhoff-Dortmund. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 18.) Ein am 7. Mai wiedergeimpfter Knabe starb am 9. Mai an Magenblutungen. Die Eltern messen der Impfung die Schuld an dem Tode des Knaben bei. Die Obduktion stellte als Ursache des Todes typhöse Darmgeschwüre fest. Schourp-Danzig.

Beobachtungen über die Ätiologie der Vakzine und die Kultur eines Variolamikroorganismus, von W. J. Simpson-London. (Lancet, 6. Juli 1912.) Diese Untersuchungen datieren schon aus den Jahren 1894 und 1895, als Verf. in Indien war. Er hat damals in Senegalien die Rinderpest studiert, und er konstatiert, daß unter dieser Bezeichnung zweifellos mehrere verschiedene Affektionen zusammengeworfen werden, unter denen auch Variola der Rinder zu nennen ist. Die Verschiedenheit der Ergebnisse der von verschiedenen Verfassern publizierten Untersuchungen erklärt Verf. durch die Benutzung von zum Teil ungeeigneten Phasen der Affektion. Er hat einen Diplobazillus kultiviert, mit dem er eine Reihe von ganz typisch erscheinenden Impfungen ausführte, wie aus den in den Hauptmomenten angeführten Beobachtungen hervorgeht. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Desinfektion des Operationsfeldes bei Impfungen, von Brauns-Eisenach. (Ztschr. f. Med.-Beamte, 1912, Nr. 11.) Es empfiehlt sich nicht, eine besondere Desinfektion des Impffeldes vorzunehmen, da alle Desinfektionsformen das Desinfektionsfeld mehr oder minder reizen, Hyperämie verursachen und schädliche Blutungen begünstigen. Da die Desinfektion der Impfstelle nichts nützt, so könnte, wenn sie trotzdem vorgenommen wird, den Impfgegnern dadurch eine neue Waffe in die Hand gegeben werden: es wird der Anschein erweckt, als ob etwas geschehe, während in Wirklichkeit nichts geschieht. Schourp-Danzig.

Zur Nachbehandlung Geimpfter, von M. E. Lehmann-Dresden. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Zur Beseitigung der in der zweiten Woche nach der Impfung nicht ganz selten auftretenden entzündlichen Erscheinungen an der Impfstelle empfiehlt L., die Pusteln anzuritzen und den Inhalt mit einer Saugglocke unter gelindem negativem Druck auszuziehen. Alsdann wird das Impfgebiet mit steriler Gaze abgetupft, mit Mastisol bzw. einer einfachen Mastixlösung bestrichen und nach dem Abtrocknen mit einem Stückchen Köper bedeckt. Vor dem Baden reibt man auf den Körperfleck etwas Lykopodiumpulver ein, um das Nässen der Stelle zu verhindern. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gibt es triftige Gründe gegen die Impfung? von W. Banks-East Orange. (Arch. of Pedeatrics, April 1912.) Statistische Daten, die nichts Neues bringen.
W. Lehmann-Stettin.

Neuere Untersuchungen über Fleckfieber, von Fürth-Tsingtau. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Nr. 8.) Der Erreger des Flecktyphus kann als Blutaussaat auf Bouillon oder Agar und dann im Giemsapräparat nachgewiesen werden als kurze, zarte Diplobazillen, die häufig mehr runde Formen annehmen und den Diplokokken dann ähneln. Die Mitte der Stäbchen ist weniger färbbar. Auf dem Drigalski-Conradi-Agar gibt Flecktyphus gebuckelte, blaue, glänzende Kolonien. Zur Darstellung wichtig ist die Blutentnahme am zweiten bis vierten Tage vor der Entfieberung bzw. Exitus, die Verwendung eines schwach alkalischen Nährbodens und die Verwendung von 2—5 cm Blut höchstens (wegen seiner wachstumshemmenden Eigenschaft auf die Kolonie). Als Impftier scheint der Makakus geeignet. Die

Digitized by Google

Übertragung scheint durch menschliches Ungeziefer (speziell Läuse) und die menschlichen Ausscheidungen stattzufinden. Viktor Caesar-Dresden.

Die Fleckfiebererkrankungen des Frühjahres 1911 in Tsingtau und Untersuchungen über den Erreger des Fleckfiebers, von Fürth. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 52, H. 3.) Bei einer im Frühjahr 1911 in Tsingtau aufgetretenen Häufung von Fleckfieberfällen konnte in etwa 38% aus Blut und Organen Fleckfieberkranker ein Diplokokkobazillus durch Färben oder Kultur nachgewiesen werden, dessen Züchtung in Reinkultur gleichfalls in einer Reihe von Fällen gelang. Der kurze, plumpe Diplobazillus zeigt morphologisch mannigfache Abweichung auf verschiedenen Nährmedien. Das Wachstum, die Agaroberflächenkolonien und das biologische Verhalten auf differenzierenden Nährböden ähnelt sehr dem des Streptococcus pyogenes, so daß man versucht sein könnte anzunehmen, daß es sich um eine Form oder Unterart dieses Mikroorganismus handelt; abweichend ist hauptsächlich das mikroskopische Aussehen, das Wachstum in Milch und das Verhalten gegenüber der Gramfärbung. Die Befunde zeigen große Ähnlichkeit mit denen bei früheren Epidemien an andern Orten, besonders in den letzten Jahren. — Die Blutentnahme findet am besten 4—2 Tage vor der Entfieberung statt. Zusatz von Aszitesflüssigkeit und Glyzerin zu festen und flüssigen Nährböden befördert das Wachstum sehr, das auf gewöhnlichem Nährboden oft ausbleibt; das Bakterium verlangt schwach alkalische Reaktion des Nährmediums. Die Prüfung der Agglutination im Patientenserum gab nur in einzelnen Fällen geringe Werte in Verdünnungen, 1:40 bis 1:160. Die Reinkulturen zeigten bei Affen, Kaninchen und Ratten bei subkutaner und intraperitonealer Verimpfung geringe pathogene Eigenschaften, die den Kulturen nach längerer Fortzüchtung auf künstlichem Nährboden verloren gingen. Bei Affen (Macacus rhesus und Macacus cynomolgus) tritt bei Impfung mit Fleckfieberkrankenblut nach einer Inkubationszeit von 10—14 Tagen ein 5—7 Tage anhaltendes Fieber auf. Bei zwei nach 12 Tagen gestorbenen Affen konnten die Diplobazillen aus den Körperorganen in Reinkulturen gezüchtet werden. Ob es sich um den eigentlichen Erreger des Typhus exanthematicus oder nur häufigen sekundären Befund handelt, müssen weitere Untersuchungen ergeben; jedoch hält Verfasser nach dem häufigen Befund bei den Kranken, den kulturellen Ergebnissen usw. die ätiologische Bedeutung des Bakteriums für sehr wahrscheinlich. Haas-Hamburg.

Experimentelle Studien über den Typhus exanthematicus, von Charles Nicolle, E. Conseil und A. Conor. (Annal. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 4—5.) Es ist dies die dritte Mitteilung über Flecktyphus aus dem Pasteurschen Institut in Tunis. Die Verfasser kommen zu folgenden Resultaten: 1. Mit 2—5 ccm Blut vom kranken Menschen kann das Meerschweinchen infiziert werden. Nach 7—16 Tagen tritt eine etwa eine Woche anhaltende Temperatursteigerung auf; die Sektion ergibt keine spezifischen Läsionen. Passage bei Meerschweinchen und auf Affen ist möglich. Das Blut des Meerschweinchens ist während der ganzen Fieberperiode infektiös. 2. Das Virus haftet lediglich an den Leukozyten. 3. Nur eine schwere Infektion verleiht rasche und dauernde Immunität. Eine leichte Infektion vermag dies nicht. 4. Schaf, Ziege, Esel, Hund, Kaninchen und Huhn besitzen natürliche Immunität gegen Flecktyphus. 5. Die Injektion von Serum von Rekonvalenszenten kurz nach der Entfieberung hat keinerlei günstigen Einfluß auf den Verlauf einer Infektion. Salvarsan und Adrenalin sind wirkungslos. Richard Frühwaldt-Leipzig.

Flecktyphus im Gefängnisse von Djebel Djougar, von Henry. (Bull. méd., 1912, S. 832.) Das genannte Gefängnis war seit jeher der Herd heftigster Epidemien von Flecktyphus. Der Verfasser hat nun die ganze Anlage des Gebäudes und den

Digitized by Google

ganzen Betrieb einer Umwandlung nach hygienischen Grundsätzen unterzogen, und seither ist die Krankheit erloschen. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Flecktyphus, von J. Hlava-Prag. (Med. Blätter, 1912, Nr. 13—15.) Bei Flecktyphus kann es wie bei anderen exanthematischen Krankheiten (Masern, Scharlach, Pocken) zu einer sekundären Infektion kommen, die durch Bakterien oder Pilze verursacht ist. Von ersteren kommen Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken usw., von letzteren Saccharomyces albicans in Betracht. Bei Flecktyphus kommen im Blute und in den Organen neben Bakterien auch protozoäre Parasiten vor, die vielleicht zu den Piroplasmiden gehören. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Beobachtungen bei der Flecktyphusepidemie in Süd-Schantung im Frühjahr 1911, von Kreyenberg-Jentschoufu. Für den Chinesen ist die Krankheit verhältnismäßig harmlos, für den angesteckten Europäer meist tödlich. Während von den dort im Waisenhaus untergebrachten 130 Mädchen von 5—17 Jahren wohl jede die Krankheit bekam und überstand, erkrankten von den Schwestern neun sehr schwer; davon starben drei. Ebenso starben zwei Priester und Brüder. Ein fast scharlachrotes Exanthem bedeckte den ganzen Körper. Der Zustand schwer typhös. Bäder und Antipyretika wirken auffallend stark auf den Verlauf des Fiebers, aber nicht auf den Verlauf der Krankheit. Der schwere Zustand trat meist vom fünften Tage ab auf, und am 12. bis 15. Tage nach den ersten Erscheinungen erfolgte der Tod unter der Erscheinung des Herztodes. Digitalis, Digalen versagten. Bei der Übertragung spielen stechende und saugende Insekten die Überträger, Wanzen und Flöhe; dementsprechend die Prophylaxe. W. Chrzelitzer-Posen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Einige Bemerkungen über die belgischen Leprosorien im Mittelalter, von Léon Dekeyser-Brüssel. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 19, 20, 23.) Die ersten Leprosorien bestanden in Belgien schon vor den Kreuzzügen; als während dieser die Lepra große Ausdehnung gewann, vermehrten sich auch die Lepraheime, und es dürften damals 600—800 bestanden haben. Sie wurden entweder von Privaten oder von Gemeinden oder von Orden errichtet. Mit der Zeit kam die Mehrzahl der Leprosorien unter kirchliche Aufsicht. Ihr Unterhalt wurde bestritten: 1. durch Schenkungen der Fürsten, oft geschah dies in Form eines Gelübdes vor einem Kreuzzuge, 2. durch private Wohltätigkeit, Erbschaften usw., 3. durch Almosen (sowohl die Leprösen wie auch die Ordensleute zogen bettelnd durch das Land), dazu gehören auch Dotationen, 4. durch Einkünfte und Abgaben, 5. durch die Leistungen der Leprösen. Es wurden nicht alle Leprösen aufgenommen, sondern nur solche, die gewisse Geldleistungen machen konnten. Zu diesen Einkünften kamen dann noch gewisse Privilegien und Befreiungen. Die Verwaltung lag in den Händen von Direktoren, meist Geistlichen. Da die Leprakranken aus der Gesellschaft, ja auch aus der Kirche ausgeschlossen waren, schlossen sie sich untereinander zusammen und bildeten ganze Gemeinschaften. Sie hatten ihre eigenen Statuten, die sehr oft religiöser Natur waren, ihre Strafen, ihre Siegel usw. Da die Leprosorien oft sehr reich waren, wurden sie natürlich auch von Gesunden und Simulanten ausgenützt. Als im 16. bis 17. Jahrhundert die Lepra in Belgien erlosch, verfielen auch die Leprosorien. Viele wurden in Klöster oder in Hospitäler umgewandelt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Fall von Lepra, von René Horand. (Lyon méd., Bd. 119, S. 465.) Ein 26jähriger Spanier mit typischen leprösen Erscheinungen, der erfolglos mehrere Salvarsaninjektionen erhalten hatte. Sein Bruder leidet ebenfalls an Lepra.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Kontagiosität der Lepra, von D. W. Lindsay-Belén, Paraguay. (Brit. med. Journ., 21. Sept. 1912.) Verfasser berichtet, daß in Paraguay die Lepra seit einigen Jahren sehr stark zugenommen hat und schildert aus seinen zwölfjährigen dortigen Beobachtungen eine Reihe von klinischen Fällen, welche entschieden für die kontagiöse Übertragung des Leidens sprechen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine neue und wirksame Methode, den Leprabazillus vom Gewebe aus zu kultivieren, mit Beobachtung über die verschiedenen Arten säurefester Bazillen, die im leprösen Gewebe gefunden wurden, von Charles W. Duval und Creighton Wellman-New Orleans. (Journ. amer. med. assoc., 11. Mai 1912.) Eignet sich nicht zum Referat. Fendt-Wiesbaden.

Über die Kultivierbarkeit des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen, von Reenstjerna. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Kulturversuche wie Tierversuche haben den Verfasser zu der Überzeugung gebracht, daß der Lepraerreger ein Mikroorganismus von großem Polymorphismus ist, der als Diplokokken, Streptokokken, Diphthorideen, kleinere und größere Stäbchen, bald säurefest, bald, nicht, auftreten kann, dessen verschiedene Formen nur von einer höheren, wahrscheinlich zur Gruppe der Pilze gehörigen Pflanze abgebrochene, sich selbständig entwickelnde Teile sind. Die Säurefestigkeit ist ferner nur eine Art Kleid, das der Leprabazillus unter gewissen Bedingungen annimmt. Werther.

Über die Beziehungen des Bacillus leprae Hansen zu einigen der Lepra zugeteilten Mikroorganismen, von Kritschewski und Birger. (Charkower med. Journ. 1912.) Die Resultate dieser wertvollen Arbeit lauten: 1. Die Kultur von Kedrowski ist mit dem Bacillus leprae Hansen identisch, da sich im Serum der Leprösen die durch die Bordet-Gengousche Reaktion nachweisbaren spezifischen Antikörper sowohl für die Kultur von Kedrowski als für die Antigene aus Lepromen, welche den Hansenschen Bazillus einschließen, finden.

2. Die Kultur von Duval hat, soweit aus den zur Verfügung der Verfasser stehenden Leprafällen hervorgeht, keine Beziehung zur Ätiologie dieses Leidens.

3. Der Bacillus tuberculosis Koch steht zum Bacillus leprae Hansen und zu dessen Kultur, repräsentiert bei der Arbeit der Verfasser durch die Kultur von Kedrowski, in naher verwandtschaftlicher Beziehung.

4. Das Serum der Leprösen besitzt nicht die Fähigkeit der Komplementbindung mit jedem bakteriellen Antigen. Eine derartige Anschauung beruht auf einem Mißverständnis und basiert einerseits auf dem Vorhandensein der Wassermannschen Reaktion bei Lepra und andererseits auf der bei Leprösen positiven Reaktion von Bordet-Gengou mit dem Tuberkelbazillus und seinem Produkt, dem Tuberkulin. Arth. Jordan-Moskau.

Untersuchungen über Lepra. Lepra der Ratten, von E. Marghoux und F. Sorel. (Ann. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 9.) In Paris sind 5% der Ratten mit dem Bazillus der Mäuselepra behaftet, 0,6% sind leprös. Zuerst werden die Leistendrüsen befallen; die Lungen halten die Bazillen auf und lenken sie in die Mediastinaldrüsen. Wenn man die Haut skarifiziert oder epiliert und mit Bazillen einreibt, haftet die Infektion leichter als bei subkutaner Injektion. Die normale Haut läßt die Bazillen nicht durch. Auch Mäuse können, wenn auch nicht so leicht, infiziert werden, und zwar am besten auf subkutanem Wege. Die Bazillen zeigen bei ihnen öfters In-

Digitized by Google

volutionserscheinungen. Sie können leicht kultiviert, aber schwer weitergezüchtet werden. Durch Austrocknung werden sie getötet. Richard Frühwald-Leipzig.

Resultate, welche mit der Inokulation von Lepromfragmenten in die vordere Kammer des Kaninchens erzielt wurden, von Giuseppe Verrotti. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1912.) Es gelang dem Verfasser, nur ein Granulom zu erzeugen, welches zwar spezifisch ist, aber am Sitze der Inokulation umschrieben blieb. Es hatte am meisten Ähnlichkeit mit Läsionen, welche man bei der Inokulation toter Bakterienkulturen auf empfängliche Tiere erhält. A. Gunsett-Straßburg.

Lepraknötchen der Kornea, von Pasini-Mailand. (VII. Intern. Dermat.-Kongreß, Rom 1912.) Histologische Studie eines auf dem äußeren Kornealsegment des linken Auges bei einem 45 jährigen Manne mit drei Jahre alter Lepra tuberosa entwickelten Lepraknötchens. Es sitzt in der Kornealsubstanz und hat sich auf Kosten der fixen Kornealzellen, welche unter Einfluß des Hansenschen Bazillus in Proliferation kamen, und unter Neubildung von Konjunktivalgefäßen, die aus der Conjunctiva bulbi in Gewebe der Kornea einwuchsen, entwickelt. Die Hansenschen Bazillen sind sehr zahlreich und nicht nur in den typischen Leprazellen gelagert, sondern auch in den fixen Zellen, in dem ohne Zeichen von Erkrankung in unmittelbarer Nähe des Knötchens gelegenen lakunären System der Kornea und in der Epithelüberkleidung. Mit der Unnaschen Färbung gelang es nicht, eine sichere Unterscheidung zwischen lebenden und toten Bazillen zu erhalten.

A. Gunsett-Straßburg.

Weitere Untersuchungen über die Krebssterblichkeit unter den Leprakranken, von Munch-Soegaard-Norheimsund. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) Statistischer Nachweis, daß die Karzinomsterblichkeit der Leprakranken nur ca. 0,8% beträgt im Vergleich zu den unter ähnlichen Verhältnissen lebenden Insassen der norwegischen Irrenanstalten, bei denen die Zahl 2,7% beträgt, während die Karzinomsterblichkeit von ganz Norwegen 5—8% aller angemeldeten Todesursachen ergibt.

H. Lautsch-Graudenz.

Zytologie und Serologie der Lepra, von E. Jeanselme. (Presse méd., 1912, Nr. 61.) I. Blutformel der Lepra. Jeanselme untersuchte mit Dominici das Blut von acht Leprösen, deren Krankheit seit mehreren Jahren bestand, und kamen zu folgenden Ergebnissen: 1. bei allen Kranken bestand eine Hypochromie; 2. dieselbe kann wie bei gewöhnlichen Anämien von einer Verminderung der roten Blutkörperchen herkommen; deren Zahl kann aber verhältnismäßig weniger vermindert sein als dem Hämoglobingehalt entspricht, oder sogar, wie bei der Chlorose, normal sein; 3. oft findet sich, besonders in Verbindung mit einem neuen Schub, eine vorübergehende Hyperleukozytose. 4. Eine Eosinophilie ist nur inkonstant nachzuweisen.

II. Die Lymphozytose des Liquor kommt in der Lepra nicht vor. Im zentrifugierten Lumbalpunktat können weder Zellen noch Bazillen gefunden werden.

III. Serologie der Lepra. Der Verfasser versuchte die Komplementfixationsreaktion bei elf Leprösen. Als Antigen benutzte er ein Leprom, daß zerdrückt in Alcohol absolut. oder in Alkohol und Äther ää mehrere Tage mazeriert wurde. Von diesen elf Fällen müssen zwei ausgenommen werden, weil ihr Serum teils Eigenhemmung besaß, teils hämolytisch war. Von den übrigen neun reagierten fünf positiv und vier negativ. Von acht nicht leprösen Syphilitikerseren gaben zwei mit diesem Antigen ein positives Resultat, dasselbe Resultat wurde einmal mit einem ganz gesunden Serum erzielt.

Digitized by Google

In einem Anhang bespricht J. weitere Versuche, die er mit einem Lepraantigen bei nicht leprösen Syphilitikern machte. Bei 40 Fällen von Syphilis mit positivem WASSERMANN war die Leprareaktion 33 mal positiv. Bei 21 Seren von Gesunden blieb sowohl die WASSERMANNsche als die Leprareaktion negativ. Ferner fand er bei drei Leprösen mit Hautknötchen sowohl die WASSERMANNsche als die Leprareaktion positiv. Drei andere Lepröse mit makulo-anästhetischer Lepra hatten beide Reaktionen negativ. Ein weiterer Lepröser ohne Fieber und nach einem makulösen Schub hatte hingegen eine positive Lepra- und eine negative WASSERMANNsche Reaktion. A. Gunsett-Straßburg.

Sollen Leprakranke mit Salvarsan behandelt werden? von A. PALDROCK-Dorpat. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 9.) Es wurden neun Leprakranke mit Dosen von 0,4—1,7 Salvarsan behandelt. Das Allgemeinbefinden hob sich, ulzeröse Prozesse heilten rasch ab, Knoten wurden welk und schlaff. In den folgenden Monaten ging diese Besserung aber wieder zurück und die leprösen Prozesse schritten fort. Ja, Verfasser glaubt sogar, daß die bis dahin langsam progrediente Krankheit größere Akuität zeigte. Es ist daher von der Behandlung der Lepra mit Salvarsan allein abzusehen. In Zukunft wird man dem Fehlen des Komplements im Blute Lepröser in therapeutischer Hinsicht größere Beachtung schenken müssen.
Richard Frühwald-Leipzig.

Zur biologischen Differentialdiagnose von Lepra und Tuberkulose, von ROBERT OTTO STEIN-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Tuberkulöse Meerschweinchen reagieren auf eine intraperitoneale Injektion von Leprabazillen in gleicher Weise wie auf Tuberkelbazillen mit der Produktion eines reichlichen, klaren, lymphozytenreichen und leukozytenarmen Exsudates.

Es gelingt nicht, durch intraperitoneale Einverleibung eines Gemenges von Leprabazillen und der Exsudatflüssigkeit eines tuberkuloseüberempfindlichen Meerschweinchens bei gesunden Tieren den akuten Tod (BAILS) hervorrufen. Der Organbrei oder der Antiforminextrakt aus Lepromen enthält keine Reaktionsstoffe, die, intraperitoneal injiziert, ein gesundes Meerschweinchen gegen eine nachfolgende, sonst wirkungslose Tuberkulindosis überempfindlich machen.
W. Lehmann-Stettin.

b. Tuberkulose.

Übertragbarkeit des Schweißes Tuberkulöser, von M. PIERY. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 37.) Der Schweiß wurde nach Desinfektion der Haut im Schwitzkasten gesammelt, ca. 100 ccm zentrifugiert und davon 10 ccm an Meerschweinchen subkutan verimpft. Diese wurden nach sechs Wochen getötet und untersucht. Der Schweiß stammte von geschlossenen chirurgischen Tuberkulosen und zeigte sich in neun Fällen avirulent, in vier Fällen jedoch virulent: in diesen Fällen zeigten sich die Inguinaldrüsen der Tiere verkäst und Tuberkelknoten in der Milz.

Dieser Gefährlichkeit des Schweißes Tuberkulöser gegenüber hat die Prophylaxe auf Desinfektion der Wäsche und Isolierung der Tuberkulösen zu achten. Jedem sein eigenes Bett in überfüllten Wohnungen! Werther-Dresden.

Tuberkulose und Purpura, von DEI POLI. (Riv. Veneta di Sc. med., 31. März 1912.) Kasuistischer Beitrag zur Frage des Zusammenhangs von Purpura und Tuberkulose. Die Purpura beruhte auf Staphylokokkenmischinfektion bei einem Kranken mit Lungenspitzenkatarrh und Bronchopneumonie. „Die Purpura kann ein Symptom sein, welches eine latente Tuberkulose entschleiert. Gewöhnlich ist ihr Auf-

Digitized by Google

treten das Zeichen einer Weiterverbreitung des primären Krankheitsprozesses. Ferner ist sie an das Auftreten einer Mischinfektion gebunden."

A. Gunsett-Straßburg.

Allgemeine, schuppende, erythrodermische Hauttuberkulose, P. L. Bosellini. (Policlinico, 1910, Nr. 7.) Eine aus tuberkulöser Familie stammende Frau erreichte das 70. Lebensjahr, ohne je erkrankt zu sein. Sie bekam dann während des Winters eine akute Erkrankung der Respirationsorgane, welche chronisch wurde und unter im Winter auftretenden Verschlimmerungen bis zu ihrem im 74. Jahre erfolgten Tode andauerte. Einige Monate vor dem Tode bestand folgender Symptomenkomplex: diffuser Bronchialkatarrh, besonders in den Lungenspitzen. Hypertrophie der Milz, der Leber und der Lymphdrüsen, kontinuierliches Fieber, eine generalisierte Hauterkrankung, welche durch starkes Jucken und durch intensive Rötung mit Desquamation und nachfolgender Pigmentierung ausgezeichnet war. Leukopenie. Zuletzt kamen gastrointestinale Störungen, Herzinsuffizienz und Marasmus hinzu. Die Autopsie und die mikroskopische Untersuchung zeigte überall das — wenn auch spärliche — Vorhandensein von Tuberkelbazillen, und zwar sowohl in der Lunge als in der Haut und den Lymphdrüsen. In allen Organen bestanden die histopathologischen Veränderungen hauptsächlich in einer granulomatösen Struktur, die beinahe ausschließlich lymphoider Natur mit Plasmazellen, aber spärlichen Riesenzellen war. Es war einer der von Sternberg als Pseudoleukaemia granulomatosa tuberculosa bezeichneten Fälle.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der diagnostischen Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion bei Erwachsenen, von Ljubarski. (Wratschebnaja Gas., 1912, Nr. 15/16.) Bei Anwendung einer 4%igen Alttuberkulinlösung von Koch ist Verfasser zu folgenden Schlüssen über die v. Pirquetsche Hautreaktion gelangt: 1. Dieselbe ist spezifisch, d. h. sie kommt nur bei Tuberkulösen vor; 2. dieselbe gibt vollkommen klare Bilder, ihre Technik ist sehr einfach und absolut ungefährlich, sie führt zu keinen Komplikationen und hat keine Kontraindikationen, weshalb sie der Ophthalmoreaktion vorzuziehen ist; 3. je stärker die Tuberkulinlösung ist, welche zur Reaktion gewählt wird, desto öfter erhält man die Hautreaktion bei klinisch Nichttuberkulösen; weitere Untersuchungen können daher erst diejenige Konzentration des Tuberkulins feststellen, welche allein die aktive Tuberkulose anzeigt.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die Differenzierung des Typus humanus und Typus bovinus des Tuberkelbazillus durch Kutaninfektion beim Meerschweinchen, von E. Tomarkin und S. Peschic. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) Die Verfasser verrieben auf die unverletzte rasierte Bauchhaut von Meerschweinchen mit einem Glasstab drei bis vier Wochen alte Kulturen von bovinem wie humanem tuberkulösem Material und fanden, daß fast alle mit humanem Virus geimpften Tiere (von 52 Tieren 45) gesund blieben, während die mit bovinem Material geimpften ausnahmslos (26 Stück) zugrunde gingen. Um festzustellen, ob hier ein Virulenzunterschied der beiden Bakterientypen für das Meerschweinchen besteht, der sich eventuell zur Differentialdiagnose verwerten ließ, setzen die Verfasser ihre Versuche fort.

V. Caesar-Dresden.

Über einen Fall kutaner Rindertuberkulose beim Menschen, von G. Cosco, B. Rosa und C. de Benedictis-Rom. (Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66, H. 2/4.) Einer der Verfasser, de Benedictis, Veterinärinspektor bei der Gemeindeschlachtanstalt zu Rom, hatte sich unvorsichtigerweise mit dem Messer, mit dem er Organe von Rindern, die bei der Schlachtung tuberkulös befunden waren, einen Schnitt von etwa 5 mm Länge beigebracht. Nach einigen Tagen entstand an der Schnittstelle ein Entzündungsherd, dann ein Knötchen von etwa Linsengröße, aus dem

Digitized by Google

schließlich eine kräftige, ziemlich zähe gelbliche Materie floß. Mit dieser wurden einige mikroskopische Präparate hergestellt und zwei Meerschweinchen geimpft. Die Impfresultate (Überimpfung von diesen auf Kaninchen und dann wieder auf Rinder) waren völlig positive, so daß es außer Zweifel steht, daß der zum Rindertypus gehörende Bazillus durch das beschmutzte Messer in die Hautverletzung übertragen worden ist. Diese Feststellung dient dazu, noch einmal die Ansicht von R. KOCH zu bestätigen, daß aus der Natur des Virus, welches aus einer tuberkulösen Verletzung (mag die Tuberkulose zum Menschen- oder Rindertypus gehören) stammt, auf die Herkunft der Infektion selbst geschlossen werden kann. Ferner ergeben sich für Verfasser aus dem von ihnen beschriebenen Fall, welcher den ersten darstellt, der in Italien beobachtet und streng wissenschaftlich untersucht worden ist, noch folgende Schlüsse: Die Rindertuberkulose, unter die Haut des Menschen geimpft, zeigte eine starke Tendenz, lokalisiert zu bleiben und zu heilen (der Fall B.'s war nach einer nochmaligen Knötchenbildung ziemlich rasch zu völliger Spontanheilung unter Hinterlassung einer sehr feinen, kaum wahrnehmbaren Narbe gekommen). Der Bazillus der Rindertuberkulose behält, wenn er auch 3½ Monate im Körper des Menschen verblieben ist, seine Virulenz für das Rind, ohne irgend welche Tendenz zu zeigen, sich aus dem einen Typus in den anderen umzuwandeln, wie solches von einigen Autoren behauptet wird. Literatur der einschlägigen Arbeiten.

Stern-München.

Über einen Fall von vom Rinde stammender Hauttuberkulose beim Menschen, von G. COSCO, B. ROSA und C. DE BENEDICTIS. (Policlinico, 1912, Nr. 5.) Ein Tierarzt hatte sich mit einem Messer, mit welchem er tuberkulöse Organe von Rindern geschnitten hatte, am Finger verletzt. Es entwickelte sich allmählich an der verletzten Stelle eine Läsion, welche vollständig das Aussehen eines Leichentuberkels hatte, und aus welcher sowohl durch Züchtung als durch Tierversuche die bovine Form des Tuberkelbazillus nachgewiesen wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Prognose und Therapie der Hauttuberkulose, von ALFRED JUNGMANN-Wien. (Strahlentherapie, 1912, Bd. 1, Nr. 1—2.) Die Hauttuberkulose beginnt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in jugendlichem Alter. Die Prognose hängt in erster Linie von dem Allgemeinzustand des Kranken ab. Bei Eintritt in die Behandlung muß jeder Patient prinzipiell von Kopf bis zu Fuß genau untersucht werden, namentlich ist dabei auf die Schleimhaut der Nase und des Mundes zu achten, nicht selten ist gerade hier der einzige Sitz der Tuberkulose. Selbstverständlich ist auch die Lokalisation der Krankheit, ob in der Nähe wichtiger Organe (Auge) von einschneidender Bedeutung für die Prognose.

Übergehend zur Therapie legt Verfasser zunächst seinen Standpunkt über das Tuberkulin dar. Er ist der Ansicht, daß durch Tuberkulinkuren häufig der lokale Prozeß in günstigem Sinne umgestimmt wird.

Hinsichtlich der Lokalbehandlung unterscheidet Verfasser radikale und unterstützende Methoden. Zu der radikalen zählt er das von EDUARD LANG in der sorgfältigsten Weise ausgebildete operativplastische Verfahren und das FINSEN-Verfahren. Für das operative Verfahren ist als strikte Forderung aufzustellen, daß der Krankheitsherd zirkumskript ist, Ausdehnung und Zahl geben kein Hindernis. Unter 535 in dem LANGschen Institute operierten Kranken konnten mehr als 400 wiederholt nachkontrolliert werden, es befinden sich darunter Kranke, die 17 Jahre bereits rezidivfrei geblieben sind, nur 10 überhaupt zeigten später inoperabele Rezidive. Bei der FINSEN-Therapie ist genaueste Einhaltung der Technik Vorbedingung des Erfolges. Die Apparate müssen auf das peinlichste klar und rein erhalten werden.

Digitized by Google

In der Wiener Heilstätte wird die manuelle Drucklinsenapplikation meist nicht mehr angewendet, sondern ein von Verfasser angegebenes automatisches Kompressorium. Sorgfältig geschultes Pflegepersonal ist weiterhin unbedingt nötig. Jede Sitzung dauert $^5/_4$ Stunden. Die Reaktion tritt im Laufe der darauffolgenden 24 Stunden ein (Erythem, Blasen-, eventuell Pustelbildung) mit nachfolgender gesetzmäßiger Rückbildung. Das FINSEN-Licht wirkt elektiv auf das kranke mit Schonung des gesunden Gewebes. Die Resultate zeigen 30—60% Dauererfolge neben unzähligen bedeutenden Besserungen, die den Patienten gesellschafts- und berufsfähig machen. Von größter Bedeutung für die Erzielung von Dauererfolgen ist die gleichzeitige Behandlung regionärer Drüsenpaquete mit Röntgenbestrahlung, namentlich aber auch die Behandlung der Schleimhäute, hier hat sich das Radium als sehr verwendbar erwiesen, weil der Radiumträger die verschiedensten Formen haben kann und sich so leicht in alle Nischen einführen läßt. Auch die konsequente interne Darreichung von Jodnatrium und externe Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd soll günstig auf die erkrankten Schleimhäute einwirken. Ein dringendes Erfordernis ist auch die Behandlung kariöser Zähne.

Was die unterstützenden Methoden in der Therapie der Hauttuberkulose anlangt, so wäre in erster Linie die RÖNTGEN-Bestrahlung zu nennen. Selten ist ein Fall gleich für das FINSEN-Verfahren geeignet, hypertrophische exulzerierte Herde, tumide Formen werden in hervorragender Weise durch die RÖNTGEN-Therapie vorbereitet.

Die KROMAYERsche Quarzlampe, mit der namentlich die Einschaltung der Blauglaszwischenscheibe ebenfalls ansehnliche Tiefenwirkung erzielt und schöne Erfolge gezeitigt werden können, hält jedoch Verfasser nicht für einen vollwertigen Ersatz der FINSEN-Lampe. (Demgegenüber müssen aber doch die Erfahrungen anderer, hervorragender Lichtinstitute, z. B. des Kieler, betont werden, in denen die leichter zu bedienende Quarzlampe die FINSEN-REYN-Lampe fast völlig verdrängt hat. Der Referent.)

Von den chemischen Agentien ist namentlich das Pyrogallol und Resorzin zu nennen, kräftig wirkt die Kombination von BOECK: Resorzin, Pyrogallol, Acid. salicyl. āā 5.0, Talc., Gelanth. āā 7,0. — Starkwirkende Ätzmittel verwirft Verfasser, namentlich den Lapisstift, ebenso den Paquelin und die Exkochleation. Die HOLLÄNDERsche Heißluftbehandlung hat sich in Verbindung mit dem FINSEN-Licht bewährt. Am Schluß befürwortet noch Verfasser die Errichtung von Lupusheilstätten.

Die sehr lesenswerte Arbeit ist durch 44 Abbildungen illustriert, die sich zum Teil auf beigegebene Krankengeschichten beziehen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Prognose und Therapie der Hauttuberkulose, von ALFRED JUNGMANN-Wien. (Klin. ther. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Bekanntes. Schourp-Danzig.

Die Hauttuberkulose und ihre Bekämpfung; von HAMEL-Berlin. (Samml. d. Vortr. auf d. Tuberkuloseausstellung Berlin-Wilmersdorf, 1912.) Ein gelegentlich der Tuberkuloseausstellung Berlin-Wilmersdorf für das besuchende Publikum gehaltener, belehrender Vortrag mit Ermahnung, gleich in den Anfängen der Krankheit sich energisch behandeln zu lassen, und die auf den Merkblättern empfohlenen hygienischen Maßnahmen zu befolgen; zum Schluß ein warmherziger Appell an die Wohlhabenden, durch Geldunterstützung die Bestrebungen der Lupuskommission zu fördern. O. Lasch-Breslau.

Röntgentherapeutische Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, von J. WETTERER-Mannheim. (Röntgen-Taschenbuch, IV. Band, Otto Nemnich,

Digitized by Google

Leipzig 1912.) Wenn man die bisher gewonnenen klinischen Erfahrungen der Röntgenbehandlung tuberkulöser Krankheitsprozesse überschaut, so findet man die günstigsten Resultate bei den tuberkulösen Erkrankungen der Haut. Die Statistik des Verfassers aus den letzten 5 Jahren ergibt für 84 behandelte Fälle von tuberkulösen Erkrankungen der Haut und Schleimhaut (den Lupus planus sowie 80 Fälle von Lupus vulg. exulcerans, hypertrophicus, papillaris s. verruc. nimmt er hier aus, weil sie der Finsenbehandlung resp. der kombinierten Röntgen-Finsenbehandlung und nicht der alleinigen Röntgenbehandlung unterzogen wurden) 73 Heilungen = 85%. Um ein geringes ungünstiger ist das Verhältnis bei den tuberkulösen Symptomen (83%). Bei den tuberkulösen Affektionen der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke steht das Verhältnis wie 25 zu 14, d. h. auf 25 behandelte Fälle kommen 14 Heilungen = 56%. Der Verfasser gab bei tuberkulösen Hautkrankheiten speziell folgende Gesamtdosen: Schleimhautlupus 6—30 H. (12 Heilungen, 6 Besserungen); Tuberculosis verrucosa cutis 15—40 H. (28 Heilungen, 1 Besserung); Skrofuloderma 12—40 H. (22 Heilungen, 3 Besserungen; Tuberculosis cutis propria 15—30 H. (4 Heilungen, 1 Besserung); Erythema induratum Bazin 24—30 H. (2 Heilungen); Folliklis 6—9 H. (3 Heilungen); Aknitis 12—16 H. (2 Heilungen). A. Gunsett-Straßburg.

Beiträge zur Chemotherapie der Tuberkulose. Nach den Vorträgen von Frau Linden (Impftuberkulose), E. Meissen-Hohenhonnef (Lungentuberkulose), A. Strauss-Barmen (äußere Tuberkulose). Die auf dem 7. internationalen Tuberkulosekongreß in Rom gehaltenen Vorträge enthalten die vorläufigen Ergebnisse einer an Tier und Menschen erprobten zielbewußten Chemotherapie der Tuberkulose, die die Verfasser „Finklersches Heilverfahren" genannt haben (nach dem verstorbenen Direktor des Bonner hygienischen Instituts, der die grundlegenden Tierexperimente mit Frau Linden begonnen hatte). Es handelt sich vornehmlich um die Anwendung von Methylenblau- und Kupfersalzen. Frau Linden beweist in exakten Tierexperimenten den energischen Einfluß der Mittel auf Tuberkelbazillen und tuberkulöse Herde. In 50% ihrer mit Tuberkelbazillen geimpften Versuchstiere erreicht sie deutlichen Heilerfolg, in einem Fall völlige Heilung.

E. Meissen kann auch beim Menschen bei Lungentuberkulose des II. Stadiums deutliche Besserung konstatieren, die Fälle des I. Stadiums, die alle heilten, werden aber nicht verwertet, da auch die sonstigen günstigen Kurverhältnisse den Erfolg vielleicht allein hätten hervorrufen können. Fälle des III. Stadiums dagegen blieben unbeeinflußt.

Endlich berichtet Strauss über die außerordentlich merkwürdige und eklatante Wirkung der Präparate auf tuberkulöse Prozesse der Haut. Injektionen allein wirken nicht so deutlich, auf Salbenbehandlung, besonders bei gleichzeitigen Injektionen tritt allmählich Resorption lupöser Infiltrate mit Übergang in Atrophie ein, wobei es sich nicht um Ätzwirkung wie bei Pyrogallus- und ähnlichen Salben handelt, sondern um spezifische Einwirkung auf das lupöse Gewebe.

Das sehr beachtenswerte Verfahren, dessen Einzelheiten, besonders in bezug auf Wahl der Präparate und Dosierung im Original nachgelesen werden müssen, scheint berufen, neue aussichtsvolle Wege in der Behandlung der Tuberkulose, namentlich der äußeren zu weisen. H. Lautsch-Graudenz.

Beitrag zur Kenntnis der spezifischen Behandlung (Tuberkuline und Antituberkulosera) bei Tuberkulose der Genitalharnwege, von P. Legont. (Thèse de Paris, 1911.) Die spezifische Behandlungsmethode bildet ein sehr wirksames Mittel in der Behandlung der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane.

Digitized by Google

Die Heilung ist unter dieser Therapie häufig, Besserung fast konstant, Verschlimmerung ist nur ausnahmsweise bei richtiger Durchführung der Kur zu beachten. Die Wirkung besteht zunächst in einer rapiden Besserung des Allgemeinzustandes (Zunahme von Appetit, Körpergewicht usw.). Allmählich werden die Miktionen weniger häufig und nehmen an Schmerzhaftigkeit ab, Harnblutungen hören auf. In manchen Fällen kommt es nach mehr oder weniger langer Zeit zu einem immer selteneren Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin, die ganz verschwinden können, so daß der Inokulationsversuch negativ ausfällt. Schließlich bestehen nur noch einige Störungen (in Gestalt von Pyurie, Albuminurie), welche sehr häufig ebenfalls verschwinden. Eine solche spezifische Behandlung ist besonders indiziert bei Blasentuberkulose, bei männlicher Genitaltuberkulose, bei beiderseitiger Nierentuberkulose, bei beginnender einseitiger Nierentuberkulose, bei rezidivierender Nierentuberkulose nach Entfernung der einen Niere. Kontraindikationen gibt es eigentlich keine. Doch läßt sich über die Berechtigung der spezifischen Behandlungsmethode diskutieren, wenn die eine Niere schwer krank, die andere wahrscheinlich gesund ist. In diesem Falle kann die Nephrektomie helfen. Das gleiche ist der Fall bei hartnäckigen Hämaturien, bei einer Kombination von Steinen und Tuberkulose der Niere, bei perinephritischen Eiterungen, bei renaler Rentention und Pyonephrose. Ist der Allgemeinzustand ein bedenklicher, so könnte in Ermangelung einer anderen aussichtsreichen Therapie die Behandlung mit Antituberkuloseserum versucht werden. Im allgemeinen wird angenommen, daß die Tuberkulinotherapie (Tuberkuline von KOCH, BERANECK, DENYS, LOUVAIN usw.) ebenso wie der SPENGLERsche Immunkörper die beste Aussicht bei beginnenden Tuberkulosen der Harn- und Geschlechtswege geben, mit langsamer, fieberloser Entwicklung. Auf der anderen Seite ist die antituberkulöse Serumtherapie mehr am Platze bei den Fällen, die mit schwerer Alteration des Allgemeinbefindens einhergehen. Stets soll sobald als möglich mit der spezifischen Behandlung begonnen werden, wenn die Diagnose feststeht; sie kollidiert in keiner Weise mit der sonstigen Behandlung der Tuberkulose oder mit der Anwendung der verschiedenen Antiseptika. Trotzdem die Zahl der bisherigen Beobachtungen noch zu gering ist, um ein abschließendes Urteil über den Wert der spezifischen Therapie der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtswege zu gestatten, kann doch immerhin gesagt werden, daß die bisherigen Statistiken zu weiterer Anwendung ermutigen.

Fritz Loeb-München.

Gesichtsasymmetrie in einem Falle von Skrophuloderma, von M. ZIGLER-New York. (Med. Record, 17. August 1912.) Die Skrophulodermaaffektion fand sich bei einem 12jährigen Mädchen russischer Abstammung auf der Brust in der Gegend des Sternums. Über die Beziehungen zwischen dem Skrophuloderma und der Gesichtsasymmetrie wird nichts Näheres angegeben. W. Lehmann-Stettin.

Ulzeriertes tuberkulöses oder syphilitisches Gumma, Osteoperiostitis maxillaris, von DUBOIS-HAVENITH. (Policlinique, 1912, Nr. 14.) Ein 52jähriger Patient zeigte eine entzündliche Geschwulst an der Wange mit Fistelbildung und Verwachsung mit dem Unterkieferast. Um die Fistel findet sich eine Infiltration, die an myxomatösen Lupus erinnert. Der Kranke hat außerdem Lungentuberkulose und positiven WASSERMANN. Die Diagnose wird in suspenso gelassen und eine Probebehandlung mit Salvarsan eingeleitet. A. Gunsett-Straßburg.

Über chirurgische Tuberkulose, von MAX MARTENS-Berlin. (Samml. d. Vortr. auf der Tuberkuloseausstellung Berlin-Wilmersdorf, 1912.) Der für Laien bestimmte, in seiner knappen Form sehr instruktive Vortrag bringt für den Mediziner nichts Neues. Der Verfasser betont die Notwendigkeit, den Laien klarzumachen, daß die

Digitized by Google

Tuberkulose nicht nur eine heilbare, sondern auch durch hygienische Lebensweise vermeidbare Krankheit sei. Er erwähnt den Lupus bei der chirurgischen Tuberkulose, da derselbe in den Fällen, in denen chirurgische Behandlung möglich sei, trotz aller Vorzüge der Finsenbehandlung am radikalsten durch energische chirurgische Eingriffe zu heilen sei. O. Lasch-Breslau.

Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulins Rosenbach bei chirurgischen Tuberkulosen, von Rosenbach. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 12/13). Rosenbachs Behandlungsmethode besteht in einer Kombination chirurgischer Eingriffe mit Injektionen seines Tuberkulinpräparates in und um den Krankheitsherd. Er hat so 11 Lupusfälle geheilt, von denen er einige ausführlich mitteilt.

Referent kann nicht die Überzeugung gewinnen, daß das Rosenthalsche Tuberkulin sich anders verhält als das Kochsche Alttuberkulin und glaubt, daß für die Dermatologen das Verfahren R.s nicht maßgebend sein darf. Diese haben mehr Methoden zur Verfügung als R. und werden die besten davon für ihre Fälle auswählen und kombinieren, und für die Tuberkulinkur diejenigen Komplikationen (Schleimhautlupus) vorbehalten, welche besseren Methoden nicht zugängig sind.

R.s allgemeine Betrachtungen über das Immunisieren sind von der Tuberkulinwirkung her bekannt. Sein Tuberkulin bringt nichts Neues. Auch „sein" Modus, einen scheinbar geheilten Lupusfall einer Probeinjektion zu unterwerfen und im Falle erneuter örtlicher Reaktion weiter zu behandeln, ist nicht neu. R. war „erstaunt, durch eine Probeinjektion in ein solches Terrain intensive Reaktion auftreten zu sehen". Das dürfte die Regel sein. Werther-Dresden.

Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose, speziell bei Lupus, von A. Strauss-Barmen. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk., Bd. 23, Heft 2, S. 223.) Verfasser drückt sich befriedigt, jedoch noch recht allgemein aus. Die richtige Dosierung und Einverleibungsart der Mittel ist noch festzustellen. 60 Fälle werden behandelt. 130 Photographien in Rom demonstriert.

Das weinsteinsaure Kupferkalium reizt am wenigsten und wird in Dosen von 0,005 bis 0,05 intramuskulär gut vertragen. Eine Verbindung mit Lezithin soll es lipoidaffin, damit aggressiver gegen den Wachsmantel der Tuberkelbazillen, machen — diese Verbindung scheint noch nicht im Handel zu haben zu sein.

Eine Kupferlezithinsalbe wurde zu Verbänden und Inunktionskuren (25%ige Salbe) verwendet; wobei Kupfer in den Organen von Versuchstieren nachweisbar wird. Jodmethylenblau kann gleichzeitig in Geloduratkapseln innerlich gegeben werden. Dabei hat Verfasser die tuberkulösen Infiltrate langsam sich abflachen sehen. Nach Kupferinjektionen in der Nähe des Herdes soll eine lokale Reaktion zu beobachten sein. Werther-Dresden.

Über den Einfluß der Sonnenbehandlung bei der Hochgebirgsbehandlung der chirurgischen Tuberkulosen, von Julian Witmer-Leysin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 114, H. 4.) Aus der eingehenden Darstellung interessiert hier die Hochgebirgsbehandlung der Hauttuberkulose; nicht alle Fälle von Lupus heilen durch einfaches Sonnenlicht; es ist vielmehr Konzentration durch Linsen notwendig. Da aber Lupus sehr gut und mit geringeren Kosten im Tal behandelt werden kann, wird es sich nur in den Fällen empfehlen, den Patienten in das Hochgebirge zu schicken, wo andere Lokalisationen der Tuberkulose es erheischen. Skrophuloderma und Tuberkulide heilen meist sehr gut bei der Hochgebirgsbehandlung, allerdings zum Teil mit Hinterlassung von sehr kräftigen Narben. Schourp-Danzig.

Einfluß der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Sequester, von A. Franzoni-Leysin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 114, H. 4.) Für tuberkulöse Sequester mit

Digitized by Google

Fisteln soll die Sonnenbestrahlung das idealste Verfahren sein, das vor der chirurgischen Behandlung — bei gleicher Zeitdauer — den Vorzug hat, gleichzeitig die Fisteln mit zum Verschluß zu bringen. V. Caesar-Dresden.

Die Lupusheilstättenbewegung und ihre Ziele, von Alfred Jungmann-Wien. (Strahlentherapie, 1912, H. 3.) In der vorliegenden Arbeit sucht Verfasser das Bedürfnis nach Errichtung eigener Heilstätten zur Bekämpfung des Lupus darzutun. Während die Kranken sonst vom Dermatologen zum Chirurgen wandern müssen, wird ihnen in der Heilstätte Gelegenheit geboten, von ausgezeichnet chirurgisch und dermatologisch geschulten Ärzten behandelt zu werden. Die Anstalt ist eine Pflanzstätte, die durch Tradition gerade diejenigen Behandlungsmethoden, die den Bedürfnissen der Lupösen angepaßt sind, weiter auf Ärzte und Pfleger forterbt. Nur wenn alle in Betracht kommenden Faktoren: chirurgische Behandlung, Lichttherapie, hydriatisches Verfahren, Luft- und Sonnenbäder in gleich vollkommener Weise zur Verwendung gezogen werden können, ist es möglich, eine große Anzahl von Lupuskranken zu heilen. Auch eine gewisse soziale Fürsorge ist mit der Heilstättenbewegung verbunden, indem den allerentstelltesten Kranken neben sachgemäßer Behandlung auch Unterkunft, ein Heim, gewährt wird. Mit Sicherheit kann man auch damit rechnen, daß durch die günstigen Heilresultate andere Patienten aufmerksam werden und sich in früherem Stadium zur Behandlung einfinden, so daß gut eingerichtete Lupusheilstätten auch gewissermaßen prophylaktisch zu wirken vermögen. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Bekämpfung des Lupus, von Nietner-Berlin. (Aus dem Geschäftsbericht des Dtsch. Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose: Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1912.) Aus dem Bericht geht die außerordentlich rührige Tätigkeit der Lupuskommission hervor. Es wurde nicht allein in 29 Fällen direkt das Heilverfahren ermöglicht, sondern auch eine große Anzahl Kranker auf Kosten der einzelnen Lupusheilanstalten zur Verfügung gestellten Barvorschüsse behandelt. Ferner wurden drei Dosen à 10 mg Mesothorium an zwei Anstalten zu Versuchen ausgeliehen, desgleichen ein Diathermieapparat. Auch wurde eine erneute Umfrage über die Häufigkeit des Lupus bei den Ministerien beantragt und veranlaßt.

Eine Anzahl Landesversicherungsanstalten haben auch allmählich immer mehr Heilverfahren für Lupuskranke übernommen. In einer Statistik über die bis Ende 1910 behandelten Fälle werden 86% Heilungen verzeichnet unter 178 Fällen.

H. Lautsch-Graudenz.

Lupus vulgaris universalis, von A. Havas-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 26.) Das Hautleiden der 30jährigen Patientin nahm vor sieben Jahren auf dem rechten Schenkel seinen Anfang. Jetzt können auf dem Brustkorbe, auf den oberen Gliedmaßen und auf dem Halse kinderhandgroße oder männerhandgroße Scheiben beobachtet werden, die von linsengroßen roten oder bräunlichroten, weichen, mit plattenartig sich abtrennendem Epithel bedeckte Knötchen gebildet werden. In der Mitte dieser Scheiben bildet die Haut ein dürres, dünnes Narbengewebe. Vom Rande abwärts ist die ganze Haut schwer erkrankt, hart, spröde, dick, kann nicht in Falten gelegt werden, dunkelbraun gefärbt und mit dicht bestreuten, linsen- bis erbsengroßen oder größeren, dunkel- oder lebhaftroten, weichen, desquamierenden, auf der Hautoberfläche sich erhebenden oder mit dieser in einer Linie liegenden Knoten oder mit weichen oder lattenförmig sich erhebenden bräunlichen oder farblosen Narben von unregelmäßiger Gestalt. Die unteren Gliedmaßen sind in gebogenem Zustande. In der glutäofemoralen Vertiefung und in der Kniebeuge ein

Digitized by Google

mehrere Zentimeter tiefer Riß. Auf dem Mons veneris und den Geschlechtsteilen fehlt das Haar vollkommen. An diesen Stellen ist infolge der außergewöhnlichen Verdickung der Haut eine Deformation der Gebilde zustande gekommen. Der ganze Unterleib ist elefantiastisch verdickt, bretterdick. Es entwickelte sich Lymphangitis, Phlebitis, Periphlebitis, Erysipelas, infolge der Lymph- und Blutstauungen Elefantiasis. An dem sklerotischen Gewebe kann nichts geändert werden. Angewendet werden BERANEKsche Serumbehandlung, später Röntgenbestrahlung und Behandlung mit warmer Luft. Porosz-Budapest.

Über drei anormale Formen von Lupus vulgaris der Nase (Sifiloide, erythemadoide und Tumorform), von GIUSEPPE VERROTTI-Neapel (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 19.) Die Differentialdiagnose der drei Formen wurde außer an dem klinischen Befunde, welcher die klinischen Lupuscharakteristika aufwies, noch durch die histologische Untersuchung, durch die PIRQUETsche Kutireaktion und durch den Tierversuch gestellt. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Behandlung des Schleimhautlupus nach PFANNENSTIELS Methode, von OVE STRANDBERG-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 39.) Diese Methode, welche allerdings sehr große Sorgfalt erfordert, führt zu sehr guten Resultaten bei der Behandlung des Lupus cavi nasi. Die Methode besteht aus Anwendung von Ozon oder H_2O_2 lokal und Jodnatrium intern. Die Patienten beginnen mit Jodnatrium 1 g pro Tag, verteilt auf sechs Portionen, und steigen im Laufe von 4—5 Tagen auf 3 g, ebenso verteilt. Nach mehrtägiger Reinigung der Nase von Schorf werden zweimal täglich Gazetampons, getränkt mit einer Mischung von 3%igem Oxydol (PETRI) = 3%igem säurefreien H_2O_2 mit Zusatz von Eisendoppeltchlor und Salzsäure eingelegt und von dem Patienten durch Nachträufeln feucht erhalten. Arthur Schucht-Danzig.

Drei Fälle von Lupus vulgaris linguae, von OVE STRANBERG-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Auf Grund von drei näher beschriebenen Lupusfällen, bei denen Lupus der Zunge diagnostiziert werden konnte, versucht Verfasser, die diagnostischen Merkmale des Zungenlupus zu fixieren: knotige, meist isolierte Infiltrate mit geringer Neigung zur Ulzeration, die oft punktförmig ist. In der Regel sind die Infiltrate von atrophischer Haut bedeckt. Außer den Infiltraten treten oft Fissuren mit Ulzerationen im Grunde auf, öfters auch papillomatöse Exkreszenzen. Im Gegensatz zu dem schmerzhaften Ulcus tuberculosum ist die lupöse Affektion schmerzfrei. H. Lautsch-Graudenz.

Die physikalischen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris, von FRANÇOIS-Antwerpen. (Ann. de Med. Physique, Antwerpen 1912.) Verfasser berichtet über die Resultate einer zehnjährigen Lupusbehandlung im dermatologischen Hospital Nottebohm. Er lehnt von den physikalischen Heilmethoden die meisten, wie Elektrolyse, Ionisation, Thermo- und Galvanokaustik, Kohlensäureschnee und heiße Luft ab zugunsten der allein gute und ideale Resultate gebenden Lichtbehandlung nach FINSEN. Lediglich zur Unterstützung bei sehr begrenzter Indikationsstellung wird die Röntgenbehandlung herangezogen, während die Radiumbehandlung gar nicht ausgeübt wird. Aus den beigefügten Krankengeschichten geht hervor, daß zur Vorbehandlung auch chirurgische und medikamentöse Eingriffe, besonders bei den Schleimhauterkrankungen, angewendet werden. Großer Wert wird auf äußerst exakte Anwendung der Finsenbehandlung gelegt, die nur mit Handkompression ausgeübt wird.

Als Resultat wurden unter 300 Lupusfällen in zehn Jahren 165 Heilungen

Digitized by Google

erzielt, darunter 102 Dauerheilungen, unter diesen wieder 47 Fälle kleiner als ein Frankstück.

Über die Behandlungsdauer geht aus der Arbeit nur so viel hervor, daß die mit Schleimhauterkrankung komplizierten Fälle sehr erhebliche Behandlungszeiten brauchen, vielfach gar nicht zu heilen sind.

Die beigefügten zahlreichen Abbildungen geben ein Bild von den schönen kosmetischen Erfolgen, die auch bei schweren Fällen erzielt wurden.

H. Lautsch-Graudenz.

Ätiologie der Pathogenie der Hauttuberkulide; die experimentellen Tuberkulide, von Gougerot und Laroche. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 11 u. 14.) Trotz zahlreicher Arbeiten über experimentelle Hauttuberkulosen bei Tieren ist es keinem Verfasser geglückt, Tuberkulide zu erzeugen und zu demonstrieren. Im Gegensatz zu den anderen Verfassern machten die Verfasser nicht Skarifikationen, sondern enthaarten das Meerschweinchen am Rücken, indem sie die Haare mit dem Finger herausrissen, und rieben ein Klümpchen Kartoffelkultur von vollvirulenten Bazillen in die Epidermis ein. Danach entstanden meist papulonekrotische Tuberkulide, manchmal auch Lichen scrophulosorum: letzteres sowohl mit typisch tuberkulösem Granulationsgewebe, als auch atypisch, schließlich Erythema induratum, histologisch durch Thrombophlebitis mit perivaskulären Tuberkeln charakterisiert. In ihrem klinischen, histologischen und bakteriologischen Verhalten war eine vollkommene Identität des experimentellen papulonekrotischen Tuberkulids beim Meerschweinchen und des menschlichen nachzuweisen. Histologisch ergaben sich recht verschiedene Bilder: bald eine nekrotisierende Follikulitis, bald eine Epidermitis mit umschriebener Nekrose en bloc, bald auch ekzemähnliche, entzündliche Epidermisveränderungen mit Nekrose im Papillarkörper. Die meisten papulonekrotischen Tuberkulide beim Meerschweinchen zeigten nur Entzündung, nicht typischen Tuberkelbau. Letzterer fand sich nur ausnahmsweise! Die tieferen Knoten zeigten im Gegensatz dazu häufiger Tuberkelbau. Tuberkelbazillen fanden sich nur in frischen Effloreszenzen, etwa einer in zehn Schnitten. Von zwei Weiterimpfungen von Meerschweinchen auf Meerschweinchen gab nur eine ein positives Resultat.

Der seltene Befund von tuberkulösem Granulationsgewebe bei einer Affektion, die sicher durch den Tuberkelbazillus hervorgerufen wird, die Inkonstanz der Übertragbarkeit des papulonekrotischen Tuberkulids finden sich beim experimentellen genau so wie beim menschlichen Tuberkulid.

Für die Genese der Tuberkulide nehmen die Verfasser unbedingt die Anwesenheit der Bazillen im Herde an. Nur Erythem oder Ekzem kann durch Tuberkulin allein erzeugt werden. Die Bazillen kommen wie bei kokkogenen Infektionen entweder von außen, von der Epidermis, in die Haut, oder von innen auf dem Blutwege. Sie können auch von einem subkutanen Herde auf dem Lymphwege an die Oberfläche kommen und so Tuberkulide in der Nähe einer Fistel produzieren.

Es ist wahrscheinlich, daß die tuberkuliderzeugenden Bazillen verschiedene Qualität oder Virulenzgrade haben: vollvirulente, abgeschwächte, tote. Die Effloreszenzen unterscheiden sich dementsprechend durch Intensitätsgrade und Dauer. Ein toter Bazillus produziert nicht mehr Toxine: seine entzündungserregende Wirkung ist bald erschöpft, die Effloreszenz daher bald geheilt.

Versuche mit Beeinflussung des Terrains (Tuberkulisierung, Tuberkulinisierung, Lezithinisierung) ergaben, daß das Terrain deutlichen Einfluß auf die Produktion von Tuberkuliden hat. Bei Tieren mit vorheriger Resistenzerhöhung gehen viel mehr

Digitized by Google

Impfungen mit viel mehr Einzeleffloreszenzen an als bei den nicht vorbehandelten Kontrolltieren. Vorgeschrittene Phthisiker zeigen — analog — fast nie Tuberkulide, sondern diese finden sich nur bei Skrofulösen mit mehr oder weniger latenten, torpiden, viszeralen Herden.

Das Tuberkulid ist das Resultat des Kampfes zwischen einem Bazillenembolus und einem bereits sensibilisierten Terrain im Zustande der Halbimmunität. Außer Phagozytose und Lysinen hat vielleicht noch die Haut eine spezielle bakterizide Wirkung (Versuche darüber werden von den Autoren angekündigt!). Mit der Zerstörung der Bazillen werden ihre Endotoxine frei; diese machen Nekrose im Gewebe. So erklärt sich, daß in alten Knötchen mit nekrotischem Zentrum keine Bazillen mehr gefunden werden.

Das Entstehen von Tuberkuliden wird beschleunigt (die Inkubation von vier auf zwei Wochen abgekürzt), wenn die Meerschweinchen vorher mit Tuberkulin sensibilisiert werden. Ja, eine vorherige Imprägnation des Organismus mit Tuberkulotoxinen ist nach den Experimenten des Verfassers nötig dazu, daß abgeschwächte Bazillen ein Tuberkulid produzieren. Werther-Dresden.

c. Syphilis.

Das Vorkommen und die Heftigkeit der Syphilis in der Vergangenheit und der Gegenwart, von N. Moore-London. (Lancet, 15. Juni 1912.) Verfasser bringt einige Zitate aus dem die Syphilis in Versen schildernden Werke von Hieronymus Fracastorius, das 1530 in Verona gedruckt wurde, und legt ferner dar, daß nach den Ergebnissen von eingehenden Forschungen mit Bestimmtheit anzunehmen ist, daß bei den alten Ägyptern die Krankheit nicht vorgekommen ist. Des weiteren zeigt er, daß sie zu Galens Zeiten auch noch nicht aufgetreten sein kann, da weder in dessen Schriften noch sonst in der Literatur jener Zeit sich irgend eine darauf hinzielende Anspielung findet. Ebenso ist aus dem Fehlen jeglicher Erwähnung der gröberen Symptome der Tabes und der progressiven Paralyse in Galens Werken anzunehmen, daß die postsyphilitischen Störungen damals nicht vorhanden waren, da er doch manche andere nervöse Störungen mit bewundernswerter Akkuratesse beobachtet hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über die Geschichte der Syphilis, über die Wassermannsche Reaktion und Parasyphilis, sowie über die Therapie, von H. Morris-London. (Lancet, 24. August 1912.) Zur Geschichte der Syphilis beruft sich Verfasser auf Publikationen von A. S. Ashmead, denen zufolge das Leiden in Südamerika lange vor der Zeit von Kolumbus geherrscht haben muß, während dasselbe in Japan seit 1300 Jahren und in China seit dem Jahre 1100 v. Chr. endemisch gewesen sein dürfte. Aus einem in der königlichen Bibliothek zu Madrid aufbewahrten, in Versen geschriebenen Werke eines Arztes Lopez de Villalobos aus dem Jahre 1498 (Summario della Medicina mit dem Anhang Tractado sobre les Pestiferas Bubas) sowie aus einem Buch von Diaz de Isla (1510) geht hervor, daß sehr bald nach der Entdeckung Amerikas die Syphilis in größerem Maße zur Kenntnis der Ärzte gelangte. Dagegen glaubt Verfasser, daß schon vorher die Lues in Europa, wenn auch nur in relativ spärlichen Fällen, aufgetreten ist. In einem Werke Rosa Anglica von John of Gaddesden (1340) finden sich verschiedene Anhaltspunkte für die Ansicht, daß unter der Benennung Lepra auch die Symptome der Syphilis gedeutet wurden. Desgleichen finden sich im Werke von B. Glanville (1360) Beschreibungen, welche sehr gut auf die tertiären Erscheinungen der Lues passen. Bekannt

Digitized by Google

sind ja die vielfachen Anspielungen darauf bei SHAKESPEARE, was jedenfalls nicht gegen ein längeres Bekanntsein der Affektion spricht. Betreffs der Seroreaktion stellt sich M. auf den Standpunkt des Zweiflers und führt aus, daß die eigentliche Ursache der Hämolysenhemmung noch nicht erwiesen ist, und daß noch manche Fragen und Widersprüche dabei der definitiven Lösung harren. In therapeutischer Hinsicht erkennt Verfasser die Bedeutung des Salvarsans, wenn auch mit Vorbehalt, an; er betont aber, daß er mit der Quecksilberbehandlung auch vielfach definitive Heilungen erzielt hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Prähistorische Knochensyphilis, von MICHEL GANGOLPHE. (Lyon méd., Bd. 119, S. 189.) Verfasser hatte Gelegenheit, einen Humerus und eine Ulna zu untersuchen. Ersterer war schwer, zeigte starke periostitische Veränderungen; im Markraume sah man Zeichen von Knochenresorption, gleichzeitig aber auch von Neubildung und Eburneation. Kein Sequester, keine Perforationsöffnungen. Die Ulna war leicht und hatte dieselben periostalen Veränderungen. Aber im Markraume war nur Knochenschwund, keine Eburneation zu sehen. Kein Sequester. Das Befallensein der Diaphyse, das Fehlen von Sequestern, die periostalen Veränderungen, die Knochenresorption und -neubildung bewogen den Verfasser, die Veränderungen als syphilitisch zu erklären. Erst nachher erfuhr er, daß die Knochen von Ausgrabungen aus der Steinzeit herstammten. Trotzdem die Knochenveränderungen den bei Syphilis gefundenen absolut analog sind, möchte G. noch nicht auf die prähistorische Existenz der Syphilis schließen, da das Material noch zu gering ist. Bei dieser Gelegenheit unterwirft er alle zum Beweise der Altertumssyphilis vorgebrachten Knochenstücke einer Besprechung; nur zwei Stücke können als beweiskräftig angesehen werden. Verfasser betont, daß für die Diagnose der Knochensyphilis die Eröffnung des Knochens unumgänglich notwendig ist. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Syphilis im Berufe, von M. v. ZEISSL-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1911, Nr. 38.) Der Verfasser sah zwei Wartefrauen und sieben Ärzte mit extragenitalen Primäraffekten, welche im Beruf erworben waren. Schourp-Danzig.

Die Bedeutung der Syphilis für den Dentisten, von ZABEL-Essen. (Zahntech. Rundsch., Mai 1912, 16. Jahrg., Nr. 19.) Nach eingehender Besprechung der Symptomatologie der Syphilis, insbesondere der Erscheinungen in der Mundhöhle, gibt der Verfasser dem Dentisten Ratschläge, wie er sich selbst vor Ansteckung zu schützen hat, wie er seine übrigen Patienten zu schützen hat und schließlich den Syphilitiker selbst, dessen Leiden gewisse Rücksichten in der Vornahme zahntechnischer Operationen erfordert. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Syphilis, von RICHARD DEXTER und CLYDE L. CUMMER-Cleveland. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Nachweis der Spirochaeta pallida bei verdächtigen Erosionen oder Geschwüren — die schnellsten und besten Resultate gibt die Dunkelfeldbeleuchtung — und die Anwendung der WASSERMANNschen Reaktion sind zur Frühdiagnose außerordentlich wichtig und in ausgedehntem Maße heranzuziehen. Fendt-Wiesbaden.

Zur klinischen Diagnose der Syphilis, von W. W. GRAVES-St. Louis. (Med. Record, 24. August 1912.) Der sehr lesenswerte Artikel betont die Notwendigkeit genauester klinischer Beobachtung, die in unserer heutigen Zeit technisch subtiler Laboratoriumsproben beginnt vernachlässigt zu werden; berichtet im allgemeinen nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Neuer Beitrag von Untersuchungen über den klinischen Anschein der Heilung der Haut in Beziehung auf die syphilitische Infektion, von CARLO VIGNOLO-LUTATI-Turin. (Gaz. med. Ital., 1910, Nr. 43.) Die klinische Heilung der

Digitized by Google

Hautläsionen bei Syphilis bedeutet nicht immer auch eine wirkliche Heilung. Denn es findet sich im Gewebe noch auf längere oder kürzere Zeit ein in jedem Falle intensiver, regressiver, nach der histologischen Heilung als restitutio ad intregrum oder als Atrophie oder Sklerose zustrebender Prozeß. Es kann auch sein, daß ein temporärer Stillstand dieses histologischen Prozesses eintritt, welcher die Bedeutung einer Pause haben kann, und nach welchem ein Wiederaufflackern und ein Rezidiv in situ erfolgen kann. Die anscheinende Heilung der Haut fällt also zwar nicht mit einem Verschwinden jeder Spur von Infiltration, wohl aber mit dem Schwunde der Spirochäten zusammen. In der Latenzperiode der Syphilis kann die Haut dem Anscheine nach geheilt sein, aber unter der Form von spärlichen Hautinfiltraten, die nur histologisch nachweisbar und frei von Spirochäten sind, die Spuren einer spezifischen Dermatose enthalten, welche bei einer Rückkehr der Spirochäten zu Rezidiven führen können. A. Gunsett-Straßburg.

Über die syphilitische Natur von krankhaften Symptomkomplexen mit verschiedenen Lokalisationen, von Luigi Massini-Genua. (Policlinico, 1912, Nr. 7.) Der Verfasser untersuchte eine große Anzahl der verschiedensten Krankheiten und Symptomenkomplexe mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion. Seine Resultate stimmen mit den auch von anderen Untersuchern gefundenen überein.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Primäraffekte der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und ihre Diagnose, von Erich Hoffmann. (Diss. Königsberg i. Pr. 1912.) Fritz Loeb-München.

Schanker der Urethra, von W. J. Robinson-New York. (Med. Record, 27. Juli 1912.) Veranlaßt durch einen einschlägigen Fall, warnt Verfasser davor, jeden Ausfluß aus der Harnröhre als Tripper anzusehen; es ist gar nicht so selten, daß harte und auch weiche Schanker innerhalb der Harnröhre ihren Sitz haben. W. Lehmann-Stettin.

Über endourethrale Initialsklerose. Bericht über 2 Fälle von Edward H. Marsh-New York. (New York med. Journ., 7. September 1912.) Die beiden innerhalb kurzer Zeit von M. beobachteten Fälle, Patienten im Alter von 20 und 28 Jahren betreffend, lehren, wie notwendig und wichtig eine systematische Untersuchung aller Patienten, die wegen Geschlechtserkrankung sich vorstellen, ist. In beiden Fällen war ausgesprochene Urethritis vorhanden, aber Gonokokken nicht nachzuweisen, und erst nach einiger Zeit, während welcher profuser Ausfluß fortbestand, konnte durch die Induration (am Meatus) und Sekundärsymptome ((makulös-papulösen Ausschlag, Adenitis, Plaques) die Diagnose gesichert werden. Stern-München.

Beitrag zur Reinfektion nach Salvarsanbehandlung, von H. Wüstenberg-Jena. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) In der Spiethoffschen Klinik wurde am 27. Oktober 1910 ein 35jähriger Mann mit Primärsyphilis im Sulcus retroglandularis aufgenommen. Spirochätenbefund positiv, Wassermann und Stern negativ. Er erhielt im Laufe der Behandlung 1,0 intravenös und 0,6 interskapulär. Sekundärerscheinungen blieben aus. Seroreaktion am 23. Februar 1911 und am 22. Februar 1912 negativ. Am 21. Mai 1912 stellte sich Patient wieder vor mit mehreren spirochätenhaltigen Ulzerationen am Penis, welche sich vier Wochen nach einem Coitus impurus entwickelt hatten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von F. Zimmern-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Kurze Beschreibung zweier Fälle von Reinfectio syphilitica aus dem Marinelazarett Kiel-Wik, deren erste Infektion dort auch beobachtet wurde.

V. Caesar-Dresden.

Syphilis d'emblée, von J. E. Lane-London. (Lancet, 15. Juni 1912.) Verfasser wendet sich gegen die Bezeichnung d'emblée, welche auch für den Franzosen nicht

Digitized by Google

dem Krankheitsprozeß korrekt entspreche. Er zieht es vor, von kryptogenetischer Syphilis zu sprechen bei diesen Fällen, welche ohne erkennbares primäres Ulkus entstehen. Seiner Erfahrung nach werden derartige Infektionen vorwiegend bei Ärzten beobachtet. Er schildert vier Fälle bei Medizinern und einen Fall bei einem in Südafrika stationierten Offizier, welche typische Syphilis entfalteten, ohne daß die Eingangspforte eruiert werden konnte, während bei einem fünften Arzt eine keineswegs typische Pustel am Daumen, nach einer Phimosenoperation bei einem Tripperkranken, die erste Läsion bildete. Bemerkenswert war bei allen Fällen der ernste, zum Teil sogar das Leben bedrohende Verlauf des Leidens. Bei etwaigen Verletzungen, die sich der Arzt bei der Behandlung luetischer Patienten zuzieht, traut Verfasser der sofortigen Behandlung mit Kalomelsalbe nach METSCHNIKOFF eine wirksame Hilfe zu. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage des Fiebers in späten Syphilisstadien, von BJALOKUR-Jalta. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Ein Mann von 53 Jahren leidet seit 15 Jahren mit mehr oder minder langen Unterbrechungen an durch nichts erklärlichem Fieber, heftigem Schüttelfrost, Diarrhöe und Schweißen, die ihn relativ wenig mitnahmen. Die Diagnose schwankte zwischen latent verlaufender Lungentuberkulose und Malaria, jedoch blieb die Behandlung immer ohne Erfolg, bis die WASSERMANN-Reaktion zeigte, womit man es in Wirklichkeit zu tun hatte.

Verfasser schließt daraus, daß es Fälle von syphilitischem Fieber geben kann, welches nach dem Typus der übrigen Septikämien verläuft.

W. Lehmann-Stettin.

Über Syphilisreste in den Geweben und ihre prognostische Bedeutung, von S. EHRMANN-Wien. (Med. Klinik, 1912, Nr. 30.) Nach einer ausführlichen Erörterung über das Verharren der Spirochäten in den Geweben resp. den Gefäßen, Lymphbahnen und Lymphdrüsen, speziell in der Nähe von Eruptionsstellen, zieht EHRMANN seine Schlüsse für das notwendige Vorgehen bei der Therapie. Es handelt sich eben darum, durch lange fortgesetzte und häufig wiederholte Kuren — sei es mit Hg oder Salvarsan — alle sichtbaren Reste zum Verschwinden zu bringen. Besonders trifft das zu bei den oft lange zurückbleibenden Verhärtungen der Sklerosen und ganz besonders bei den großmaskulösen Syphiliden der Haut; diese letzteren sind auch bei der Salvarsanbehandlung hervorragend hartnäckig und geben am häufigsten stark ausgeprägte HERXHEIMERsche Reaktion. Bei dieser Gelegenheit streift E. die Frage der Neurorezidive, die er als eine Art HERXHEIMERscher Reaktion (Anschwellung der Nerven in den Knochenkanälen) infolge zu geringer Dosen der angewendeten therapeutischen Agentien auffaßt. Lasch-Breslau.

Der Lebenskreislauf des Mikroorganismus der Syphilis, von J. E. R. MCDONAGH-London. (Lancet, 12. Oktober 1912.) Auf Grund eines eingehenden Studiums von syphilitischen Läsionen, in erster Linie von infizierten Lymphdrüsen, sowie der Spirochäten sowohl in vivo wie auch an sonstigen Präparaten konstatiert Verfasser mehrere Stadien im Lebensgang der Spirochäte der Syphilis. Als erste Phase schildert er kleine Körnchen, welche er als Sporozoiten oder als infizierende Granula bezeichnet, und die er mit großer Regelmäßigkeit an allem luetischen, niemals aber an nichtluetischem Material gefunden hat. Diese Körperchen und nicht die ausgewachsenen Spirochäten sind nach seiner Ansicht die Übermittler der Infektion. Zur weiteren Entwicklung dringt ein solches Granulum in eine größere mononukleäre Zelle ein, wo es regungslos liegenbleibt, aber unter Aufzehrung des Zellprotoplasmas weiterwächst, bis es sich schließlich in zwei Hälften teilt und durch Zerfall der Zelle wieder frei wird. Die eine Portion entwickelt sich allmählich zu

Digitized by Google

einem unregelmäßigen Knäuel mit Vakuolen, welcher alsdann zu einer Anzahl kurzer, welliger Gebilde zerfällt; letztere nehmen im weiteren Verlauf die bekannte Spirochätenform an und sind die Mikrogameten, die männliche Form des Mikroorganismus. Aus der zweiten, oben erwähnten Portion entwickelt sich ein halbmondförmiger Körper, der später kugelig wird und die Makrogameten, das weibliche Organ, darstellt. Nach der Befruchtung teilt sich dasselbe in zwei, vier und mehr Sporoblasten, aus denen dann die Sporozoiten hervorgehen, worauf der Kreislauf von neuem beginnt. Verfasser will seine Beobachtungen und die daraus gezogenen Deduktionen nicht als definitiv feststehend hinstellen, er betont aber die große Wichtigkeit, die bei weiterer Bestätigung ihnen beizulegen sein wird. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis, von DAVID SOMMERVILLE. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3829.) Verf. bespricht die Spirochaeta pallida und deren Nachweis, die Wa. R. und das Salvarsan. Die Ausführungen enthalten nichts Neues. Fendt-Wiesbaden.

Über die histopathologischen Veränderungen bei der experimentellen Kaninchensyphilis, von UHLENHUTH, P. MULZER und MAX KOCH-Straßburg i. E. und Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Aus den eingehend beschriebenen Veränderungen geht hervor, daß die Natur der durch Verimpfung irgend welchen syphilitischen Materials beim Kaninchen hervorgerufenen Prozesse im wesentlichen durchaus identisch ist. Im besonderen ist der Reichtum der Veränderungen an Spirochäten ungeheuer, findet aber eine Parallele in der kongenitalen Syphilis des Menschen. Mit dieser müssen die Veränderungen der experimentellen Kaninchensyphilis auch hinsichtlich ihres histopathologiscen Bildes vor allem verglichen werden. Gegen einen Vergleich mit der Syphilis des erwachsenen Menschen spricht der Mangel an ausgedehnter Nekrose oder Verkäsung in den zentralen Abschnitten der Granulationsgeschwülste. Die schleimige Degeneration des Bindegewebes, welche sich bei der experimentellen Syphilis des Kaninchens an diesen Stellen findet, ist als ein durch die spezifische Eigenart des Kaninchens bedingtes Äquivalent jener Nekrose oder Verkäsung anzusehen. Maximilian Franz-Dresden.

Über Rhodanausscheidung im Speichel des Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Diagnose der Syphilis, von ALBIN ANGERER. (Diss., Würzburg 1912). Ergebnisse: 1. Der Rhodangehalt des Speichels ist individuell verschieden, und zwar in ausgedehntem Maße. 2. Die täglich ausgeschiedenen Rhodanmengen sind nicht immer die gleichen, sondern weisen auch unter sonst gleichen Umständen große Verschiedenheiten auf. 3. Weiber scheiden im allgemeinen weniger Rhodankalium aus als Männer. Raucher haben einen größeren Rhodangehalt des Speichels als Nichtraucher. 5. Ein geringer oder fehlender Rhodangehalt ist durchaus nicht spezifisch für syphilitisch Infizierte oder überhaupt für eine Allgemeininfektion, sondern findet sich ebenso bei Menschen, die entweder ganz gesund sind oder an anderen, auch nicht infektiösen Krankheiten leiden. Fritz Loeb-München.

Die Bedeutung der Laboratorienuntersuchungen in der Diagnose und Therapie der Syphilis, von I. GUSZMANN-Budapest. (Orv. Ujsag, Nr. 15, 1912.) G. schildert die diagnostische Wichtigkeit und die Ausführungsmethode der Spirochätenuntersuchung Sodann befaßt er sich mit der WASSERMANN-Reaktion und behandelt mehrere allgemein bekannte Tatsachen. Nach Verfassers Ansicht ist die WASSERMANN-Reaktion aus der Ehefrage im allgemeinen auszuschalten, weil sie zu ihrer Entscheidung nicht geeignet ist. Entscheidend ist die klinische Erfahrung, nicht aber das Resultat der Serumreaktion. Die allgemeine Erfahrung zeigt, daß genügend behandelte luetische Individuen, wenn sich ihr Organismus gegen die syphilitische Infektion genug resistent gezeigt hat, über das dritte bis vierte Jahr hinaus gewöhnlich schon nicht

Digitized by Google

mehr an luetischen Symptomen leiden. Diese Periode ist die der Heilung. Wenn nicht fortwährende Rezidive, Kachexien oder sonstige Leiden und Komplikationen dazwischen kommen, kann die Ehe nach Ablauf des fünften Jahres in der überwiegenden Mehrheit nicht verboten werden. Eine lange, jahrzehntelange Erfahrung spricht dafür, daß Syphilis in der riesigen Mehrheit der Fälle über das fünfte Jahr hinaus nicht auf den Ehegenossen und die Nachkommen übergeht. Es tut in dieser Frage die serologische Untersuchung nicht not, weil die WASSERMANN-Reaktion auch in den ersten zwei bis drei Jahren — hauptsächlich durch die Behandlung — negativ sein kann, obgleich die Infektionsfähigkeit noch immer besteht. In der Frage der Ehe kommt in erster Linie nur die Infektionsfähigkeit in Betracht, und darauf kann die serologische Untersuchung keine entschiedene Antwort geben. Die ausgeprägte positive Reaktion ist mit der größten Wahrscheinlichkeit gleichbedeutend mit noch bestehender Syphilis. Die Amme, deren Blut die Reaktion gibt, muß für das Säugen eines gesunden fremden Kindes als ungeeignet bezeichnet werden. Die Ammen sind gewöhnlich jüngere Geschöpfe, und so ist wahrscheinlich, daß ihre Lues nicht alten Datums ist. Folglich kann ihre Infektionsfähigkeit noch bestehen. Porosz-Budapest.

Syphilis in der Beleuchtung der neueren Versuchsuntersuchungen, von F. POÓR-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 13.) Ein zusammenfassender Vortrag, in dem Verfasser Nichtspezialisten in die Kenntnisse der neueren Untersuchungen einführt. Porosz-Budapest.

Die pathologische Anatomie der durch die Syphilis hervorgerufenen Veränderungen, von B. ENTZ-Budapest. (Orv. Ujsag, 1912, Nr. 36.) Verfasser zählt die Veränderungen, die an Leichen gefunden werden, der Reihe nach auf, namentlich die Veränderungen der Leber und des Nervensystems behandelt er eingehend. Die luetischen Veränderungen sind der Reihe nach: 1. Hyperämische Zustände. 2. Entzündungen, deren Produkt Serum, Eiter, Gewebe sein kann. 3. Hypertrophische Zustände. 4. Das spezifische Gewebegebilde: das Gumma syphiliticum. Die auftretenden Symptome verschwinden infolge der ärztlichen Einmengung spontan, so daß an den Leichen nur die Zeichen der die schwere Erkrankung verursachenden tertiären luetischen Veränderungen erkannt werden können. In dem Spitalmaterial des Verfassers ist solche maligne letal endigende Syphilis sehr selten; die tertiären syphilitischen Abweichungen werden oft genug beobachtet. Porosz-Budapest.

Die WASSERMANNsche Probe; einige Faktoren nicht spezifischer Hemmung, von Dr. M. KAPLAN-New York. (New York. med. Journ., 7. Sept. 1912.) K.s Schlüsse sind folgende: Es gibt Krankheiten, welche außer Lues ebenfalls positive Reaktionen zeigen (Lepra, Framboesia, Malaria, Scharlach und zuweilen Masern). Die alte Methode der Ambozeptor-Standardisation kann nicht alle die Hindernisse, welche zu beseitigen notwendig sind, überwinden. Das Antigen ist imstande, in kleineren Dosen, als ursprünglich behauptet wurde, Hemmung zu bewirken und sollte am Tage der Reaktionsausführung besondere Aufmerksamkeit verdienen. Des Patienten Serum sollte nicht älter als 48 Stunden sein. Alte Schafszellen entwickeln Antikomplementärwirkungen. Stern-München.

Über Serodiagnostik, von JOCHMANN-Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Nr. 16.) Fortbildungsvortrag über die Grundlagen und die Technik der WASSERMANNschen Reaktion. Nichts Neues. H. Lautsch-Graudenz.

Vierjährige Erfahrung mit der WASSERMANN-Reaktion in der Praxis, von B. C. CORBUS-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Die WASSERMANNsche Reaktion bietet den besten und zuverlässigsten Führer bei der Behand-

Digitized by Google

lung der Syphilis. Gute therapeutische Resultate können erzielt werden mit alleiniger Anwendung des Quecksilbers oder des Salvarsans, schneller aber tritt der Erfolg ein bei der kombinierten Methode (Salvarsan und Quecksilber). Um ein Dauerresultat zu erzielen, muß die Therapie auch während der negativen Phase der WASSERMANNschen Reaktion energisch fortgesetzt werden. Fendt-Wiesbaden.

Die Seroreaktion der Syphilis während eines Trienniums in der dermatologischen Klinik zu Neapel, von G. VERROTTI. (Giorn. internat. scienz. med., 1911, Nr. 17.) Aus der Arbeit ist hervorzuheben 1. die bessere Beeinflussung der positiven WASSERMANNschen Reaktion durch Jod und Quecksilber als durch Salvarsan; 2. die Ansicht des Verfassers, daß in zweifelhaften Fällen man nur dann der WASSERMANNschen Reaktion Glauben schenken darf, wenn der spätere Verlauf und die Therapie ihre Angaben bestätigt haben. A. Gunsett-Straßburg.

Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis, von REINHOLD LEDERMANN-Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Nr. 5.) Bei 72 Kindern, die klinisch keine Zeichen von Syphilis hatten, fiel die Untersuchung stets negativ aus, bei 11 hereditär-luetischen Kindern mit luetischen Symptomen stark positiv. Bemerkenswert ist, daß trotz energischer Behandlung bei hereditär-luetischer oder im frühen Kindesalter infizierten Kindern es oft nicht gelingt, die positive Reaktion in eine negative umzuwandeln. H. Lautsch-Graudenz.

Über die Bedeutung der Lues bei der Pathogenese verschiedener Kinderkrankheiten, auf Grund der WASSERMANNschen Reaktion, von M. FRANCIONI. (Riv. di Clin. pediat., 1912, Nr. 8.) Die WASSERMANNsche Reaktion stellt ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel zum Nachweis der wahren und echten Erblues dar; dagegen ist sie wenig dazu geeignet, die parasyphilitischen Affektionen und die einfache dystrophische Heredität, also den Einfluß nachzuweisen, den die Parasyphilis auf die Pathogenese verschiedener nicht echt syphilitischer Krankheiten der Kindheit hat; hierzu liefert die Anamnese und die sonstige klinische Untersuchung zuverlässigere Anhaltspunkte. K. Rühl-Turin.

Experimentelle Beiträge zum Wesen der WASSERMANN-NEISSER-BRUCKschen Reaktion, von S. BERGEL-Hohensalza. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Um weitere Aufschlüsse über die Wechselbeziehungen zwischen dem Luesantigen und Lezithin zu gewinnen, hat Verfasser folgende Versuche ausgeführt: es wurde bei Kaninchen und Meerschweinchen in Brust- und Bauchhöhle Lezithin in öliger Lösung oder auch in Emulsion (gewöhnlich in zwei Wochen dreimal) injiziert und einige Tage nach der letzten Injektion die Organe auf ihr Verhalten einem alkoholischen Fötalleberextrakt gegenüber geprüft. Die Prüfung wurde ausgeführt mit dem Serum, dem Exsudat der Brust- und der Bauchhöhle sowie mit Lymphdrüsen, Milz und Leber der vorbehandelten Tiere. Es ergab sich fast als konstanter Befund, daß die Milz, Mesenterialdrüsen und Leber die WASSERMANNsche Reaktion gegenüber dem Luesantigen gaben, ebenso das Brustexsudat und in geringerem Grade auch das Bauchexsudat. Ferner war bei Meerschweinchen auch das Blutserum wirksam, wohingegen das Kaninchenserum nur ganz ausnahmsweise eine geringe Hemmung verursachte. Aus diesen Ergebnissen und auf Grund weiterer Argumentation konstatiert Verfasser das Vorhandensein von bemerkenswerten ursächlichen Beziehungen zwischen Lueserreger, Lymphozytose, Fettspaltung und WASSERMANNscher Reaktion. Er sagt: Die WASSERMANNsche Reaktion scheint in einem gewissen Zusammenhang mit einer Lipolyse des fetthaltigen Antigens zu stehen: sie scheint auf einer chemischen Alteration einer Art Verdauung des lipoidartigen Lueserregers durch den fettspaltenden Antikörper zu beruhen, und dieser wiederum

Digitized by Google

scheint an der Wirksamkeit der lymphozytären Elemente des Blutes und ihrer ins Serum ergossenen Fermente gebunden, durch sie bedingt zu sein.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von A. Bittorf und N. Schidorsky-Breslau. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 42.) Bei einem Leberkarzinom wurde die Hämolyse bei der Wassermannschen Reaktion in Blut und Aszites ganz oder stark gehemmt; ähnliches wurde von Müller-Marburg bei einem nicht syphilitischen Glioma cerebri und in Breslau bei einem nicht syphilitischen extramedullären Rückenmarkstumor konstatiert. Experimentell konnte bei Meerschweinchen, denen ein Teil des Gehirns oder der Leber ohne Narkose zerstört war, auch in einzelnen Fällen teils komplette, teils starke Hemmung der Hämolyse hervorgerufen werden. Verfasser schließen daraus, daß für das Auftreten einer positiven Wassermannschen Reaktion eine spezifische syphilitische Komponente nicht notwendig ist, daß vielmehr das Auftreten von Eiweißlipoidverbindungen im Blut die Ursache positiver Reaktion sei. Sie halten es für sicher, daß bei der Zerstörung lipoidreicher Organe wie Gehirn und Leber eine Vermehrung von Lipoiden oder Lipasen im Blut der Versuchstiere auftreten, die die Ursache für die positive Reaktion seien.

Positiver Wassermann in einem Pleuraexsudate, von Besançon und Gastinel. (Bull. méd., 1912, S. 885.) Bei einer Kranken im sekundären Stadium der Syphilis verlief eine Pleuritis fieberlos, im Sputum fanden sich keine Tuberkelbazillen, die Wassermannsche Reaktion war im Blute und im Pleuraexsudate positiv. Man konnte an eine syphilitische Pleuritis denken, doch konnte durch den Tierversuch die tuberkulöse Natur des Leidens nachgewiesen werden. Die syphilitische Pleuritis ist sehr selten und kommt nur im tertiären Stadium vor. Positiver Wassermann des Exsudats beweist nicht die syphilitische Genese. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche, von L. K. Wolff-Amsterdam. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Zu dem gleichnamigen Artikel von Gruber (Münch. med. Wochenschr., Nr. 24) bemerkt W., daß er schon früher (Ztschr. f. Immunitätsf. u. experim. Therapie, Bd. 11, S. 154) über ähnliche Resultate berichtet habe und zu dem Schlusse gelangt sei, daß viele positive Reaktionen durch den Niederschlag von lipoiden, nichtspezifischen Hemmungsstoffen aus dem Leichenblut und der Perikardflüssigkeit durch die Behandlung mit Bariumsulfat bedingt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche, von G. B. Gruber. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Auf vorstehende Kritik entgegnet G., daß die hohe Zahl seiner (G.s) positiven Resultate sich ungezwungen aus der Art des ihm für seine Publikation zu Gebote stehenden Leichenmaterials erkläre. Die von W. betonte Bedeutung der Bariumsulfatlösung bestreitet er ganz entschieden, wobei er sich namentlich auf spezielle Untersuchungen von M. Stern stützt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen und Experimente über die Fehlerquellen in der Serodiagnostik der Syphilis, von R. F. Nielsen-Geyer. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) 1. Die Titrierungsregeln der Extrakte scheinen insofern unsicher und mangelhaft, als bei Auswahl der Standard-Luessera zu sehr dem Zufall die Türe geöffnet ist. Wenn man den Extrakt gegen sehr starke Luessera titriert, bekommt man eventuell zu niedrige Werte. Tatsächlich ist es der Fall, wenn das Serum arm an Normalambozeptoren ist. Die Titermenge soll immer wenigstens doppelt so stark sein wie

Digitized by Google

diejenige Menge, welche bei 0,1 Serum von manifester nichtbehandelter Lues eine komplette Trennung erzielt.

2. Als ein den spezifischen Extrakten anhaftender Mangel ist anzusehen, daß bei der Austitrierung dieser Antigene in gewissen Fällen die Reaktion von der völligen Lösung sofort auf die komplette Hemmung überspringt bei nur geringer Vermehrung des Antigens. Es sei dies das Resultat der Einwirkung von reichlich im Serum vorhandenen Ambozeptoren resp. auxilytischen Substanzen.

3. Azetonextrakt wirkt viel stärker antikomplementär als der alkoholische Extrakt, besitzt aber keinen höheren spezifischen Wert.

4. Er stellte den Einfluß der Temperaturschwankungen auf die abgemessenen Extraktmengen experimentell fest. Es treten schon merkliche Trübung und Eigenhemmung bei Schwankungen von 14—16° C auf.

5. Eventuell kann das regelmäßige, mehrfache Ablaufenlassen aus Pipetten als Fehlerquelle in Betracht kommen, besonders bei Alkohol- und azetonhaltigen Substanzen. Während des Ablaufens des Extraktes zum Beispiel bleibt ein Bruchteil (ca. $^1/_{20}$) an den Wänden hängen. Verdunstet das Lösungsmittel, so kommt das trockene Antigen in der nächsten Menge wieder in Lösung.

6. Es gibt Unterwerte für die Komplementmenge, die ungenaue Resultate, zum Beispiel Eigenhemmung, gibt. Die richtige Menge ist etwas über zwei streng titrierte Einheiten.

7. Beziehentlich der Reaktion der Sera lagen die Verhältnisse nicht so einfach, wie es die HECHTsche Kurve glauben macht.

Nach der Beobachtung des Verfassers stellen sich die Sera nicht in gerader Linie in einer fallenden Anordnung (Syphilis — nicht luetische Kranke — Normale), sondern es gibt verschiedene Gruppierungen mit ihren eigenen Gipfeln, die der syphilitischen Reaktionsgrenze nahekommen. Junghanns-Dresden.

Von der klinischen Bedeutung der Syphilisreaktion von HERMANN und PERUTZ verglichen mit WASSERMANN, von VILH. JENSEN und JOHANNE FEILBERG-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Die Verfasser haben Parallelversuche bei 153 Patienten mit der WASSERMANNschen Reaktion und der HERMANN-PERUTZschen Fällungsreaktion mit glykocholsaurem Natrium angestellt. In 63 Fällen von Nichtsyphilitikern fiel sowohl WASSERMANN wie PERUTZ negativ aus. Von 90 Syphilitikern waren 30 im Latenzstadium mit negativem WASSERMANN, PERUTZ in allen diesen Fällen gleichfalls negativ. Überhaupt wurde nie positiver PERUTZ gefunden bei negativem WASSERMANN. Von den 60 Syphilitikern mit Erscheinungen waren bei 55 WASSERMANN angestellt und positiv, PERUTZ von 60 nur bei 43 positiv. Die PERUTZ-Reaktion ist also etwas weniger fein als WASSERMANN, kann ihn noch nicht ganz ersetzen, ist aber in Anbetracht ihrer großen Einfachheit, der billigen Reagentien, der Möglichkeit, ohne Vorkenntnisse überall angestellt werden zu können, wohl geeignet, in größerem Umfange angewendet zu werden, zumal wenn es gelingen sollte, allmählich die Reaktion noch zu verfeinern.

H. Lautsch-Graudenz.

Über Antigene zu WASSERMANNS Reaktion. Ein Beitrag zur Biologie der Lipoide, von FRITZ MUNK. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) Bei den alkoholischen Extrakten zur WASSERMANN-Reaktion kommt das Ausgangsmaterial nur nebensächlich in Frage. Alle alkoholischen Extrakte, sowohl die aus syphilitischen Lebern wie die aus normalen Organen, selbst solche aus Kartoffeln, geben annähernd dieselben Resultate bei der WASSERMANN-Reaktion. Ein prinzipieller Wesensunterschied besteht zwischen den alkoholischen Organextrakten nicht. Die wirksamen

Digitized by Google

Bestandteile sind die extrahierten Lipoide. Es gibt keine für die WASSERMANN-Reaktion chemisch-charakteristischen Lipoide. Es ist jedoch der kolloide Zustand der Substanzen bei der Reaktion Bedingung.

Er ist der Ansicht, daß der WASSERMANN-Reaktion, auch bei Benutzung von spezifischem Antigen, molekulärphysikalische Vorgänge zugrunde liegen. Dieser physikalische Vorgang stellt bei der spezifischen WASSERMANN-Reaktion dann die zweite Phase dar, zu der das Antigen erst durch eine spezifische Phase der Wechselwirkung mit den Antikörpern des Serums (die sogenannte phase d'impression nach BORDET) verbreitet werden muß, denn von allen wässerigen Extrakten aus normalen sowie aus den verschiedenster Art pathologisch veränderten Organen, geben nur solche Extrakte eine WASSERMANN-Reaktion, die Spirochäten enthalten, sei es die Spirochaeta pallida oder die verwandten Rekurrensspirochäten (Extrakt aus Lebern von Rekurrensmäusen).

Auch der syphilitische Immunisationsvorgang im Körper habe molekulare, physikalische Veränderungen der Körpersäfte zur Folge, die im Sinne einer vermehrten Oberflächenspannung zu deuten sein dürften. Junghanns-Dresden.

Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Schwankungen des Komplements, von J. TRINCHESE-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Die vielfachen Versuche, die WASSERMANN-Reaktion zu vereinfachen, müssen durchaus zu Fehlresultaten führen. Nur wenn alle vier benötigten Größen genau austitriert und konstant sind, kann man die Resultate als zuverlässig verwerten. Für Ambozeptor, Antigen und Blutkörperchen ist Konstanz leicht zu erreichen. Der unsichere Faktor ist das Komplement, wie Verfasser auf Grund zahlreicher Versuche beweist. Sorgfältigste Austitrierung und Verwendung von stets frischem Meerschweinchenserum ist unbedingtes Erfordernis. H. Lautsch-Graudenz.

Die Bedeutung der paradoxen Sera bei der Wassermannschen Reaktion, von MEIROWSKY-Köln. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27.) Es gibt Sera mit konstant positiver Reaktion, es sind dieses die Sera mit einem hohen Gehalt an Syphilisstoffen. Die Sera mit geringem Gehalt an Reaktionsstoffen stellen das Hauptkontingent der paradoxen Sera. Es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich der Grenzwert dieser schwach positiven Sera durch die geringsten Zufälligkeiten leicht nach oben oder unten verschieben kann. Scheinbar können alle zur Reaktion verwendeten Stoffe an einem wechselnden Ausfall des gleichen Serums beteiligt sein.
O. Junghanns-Dresden.

Die Bedeutung der paradoxen Sera bei der Wassermannschen Reaktion, von B. P. SORMANI-Amsterdam. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.) Es bestehen keine paradoxen Sera, wenn nach seinen Angaben (Ztschr. f. Immunitätsforschung, Orig., 1911, Bd. 11, Heft 2) gearbeitet wird. Wenn verschiedene Untersucher dasselbe Serum mit verschiedenen guten Extrakten, Ambozeptoren und Komplementen nach seinen Angaben untersuchen und nicht denselben syphilitischen Index finden, so ist von einem oder mehreren oder allen ein technischer Fehler gemacht worden.
O. Junghanns-Dresden.

Über hämolysehemmende Erscheinungen bei luetischen Seren und über die Möglichkeit ihrer Ausnützung für eine Serodiagnostik bei Syphilis, von METHODI POPOFF-Sofia. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Nach den Untersuchungen des Verfassers wirken fast alle nach der WASSERMANN-Reaktion positiv reagierenden Sera hämolysehemmend gegenüber Meerschweinchenblutkörperchen.

Das Menschenserum wird frisch höchstens zwei Tage alt angewandt, enthält

Digitized by Google

daher Ambozeptor und Komplement. Ferner werden gebraucht gewaschene Meerschweinchenblutkörperchen in Verdünnung 1:5.

Er setzt das Serum in drei Verdünnungen an: 1. 0,3 ccm Serum, 0,8 ccm NaCl-Lösung, 0,1 ccm Meerschweinchenblutkörperchen; 2. 0,2 ccm Serum, 0,9 ccm NaCl-Lösung, 0,1 ccm Meerschweinchenblutkörperchen; 3. 0,1 ccm Serum, 0,9 ccm NaCl-Lösung, 0,1 ccm Meerschweinchenblutkörperchen. Er hat über 600 Sera untersucht mit einer Differenz von 25 %.

Erklärt sei dies Verhalten durch den Komplementmangel des Luetikerserums, da das Komplement durch die im Blute der Lueskranken kreisenden Lipoide und lipoidähnlichen Stoffe gebunden sei.

In anderen Instituten hat man bei der Prüfung luetischer und nichtluetischer Sera nach dieser Methode mit der WASSERMANN-Reaktion in 66 % differente Resultate erhalten. O. Junghanns-Dresden.

Die Wassermannsche Reaktion und der Verlauf derselben nach der Salvarsaninjektion, von K. SHIGA-Tokio. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Beobachtung der WASSERMANNschen Reaktion vor und nach der Salvarsanbehandlung ergab, daß die intravenöse Anwendung stärker und nachhaltiger auf das Negativwerden wirkt, als subkutane resp. intramuskuläre Applikation. Beobachtungszeiten gingen aber nicht über 40 Wochen hinaus. O. Lautsch-Graudenz.

Ein Vergleich der Normal- und Syphilisextrakte mittels der Wassermann- und Epiphaninreaktion, von ALBERT KEIDEL und S. H. HURWITZ-Baltimore. (Journ. amer. med. assoc., 5. Okt. 1912.) Die Beobachtungen der Verfasser scheinen zu ergeben, daß Extrakte von Normalorganen und solche aus syphilitischen Organen nicht völlig gleichwertig bei der Ausführung der WASSERMANN-Reaktion und der Epiphaninreaktion sind, und zwar sind die Syphilisextrakte den anderen überlegen. Fendt-Wiesbaden.

Nachtrag zu der Arbeit über Epiphaninreaktion bei Syphilis, von FRITZ. M. MEYER-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 26.) Auf Grund neuerer Versuche, bei denen alle Fehlerquellen aufs genaueste eliminiert wurden, kommt Verfasser zu dem Schlusse im Gegensatz zu den Ergebnissen früherer Arbeiten, daß eine Epiphaninreaktion nach WEICHARDT beim Zusammentritt von luetischem Extrakt und luetischem Serum nicht nachzuweisen ist. H. Lautsch-Graudenz.

Ein Vergleich zwischen der Flemingschen (Hechtschen) Modifikation und der Originalreaktion nach Wassermann, von R. DONALD-London. (Lancet, 29. Juni 1912.) Verfasser hat die FLEMINGsche Vorschrift an 186 Fällen geprüft, aber er nennt die damit erzielten Ergebnisse sehr unbefriedigend. Er teilt seine Fälle in zwei Gruppen, indem bei der ersten Serie von 126 für die WASSERMANNsche Reaktion Antigen von Menschenherz verwendet wurde, während bei den letzten 60 Untersuchungen das SACHSsche Antigen benutzt wurde. In der ersten Serie lieferten 34 (27 %) einen Mißerfolg durch Mängel beim Ambozeptor oder dem Komplement, und von der zweiten Serie stimmten nur 37 (62 %) mit der WASSERMANN-Reaktion überein; unter 11 negativen Ergebnissen betrafen 10 Patienten, welche ausgesprochen syphilitisch waren. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ausbau der Hechtschen Modifikation, der Wassermannschen Reaktion, von GR. BRENDEL und H. MÜLLER-Mainz. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 32.) Den von HECHT (oder ursprünglich von TSCHERNOGUBOW) vertretenen Gedanken, bei der WASSERMANNschen Reaktion sowohl die komplementären als auch die hämolytischen Eigenschaften des menschlichen Serums zu verwerten, hat BR. weiter verfolgt und hat eine technische Modifikation ausgearbeitet, welche bei der

Digitized by Google

Prüfung von 1193 luetischen Seris ihm präzisere Resultate lieferte, als die gleichzeitig angewandte Originalvorschrift. Es handelte sich bei den untersuchten Fällen teils um manifeste, teils um latente Lues und einige Fälle von Tabes und Paralyse. Dabei ergab sich bei 352 von den 1193 Untersuchungen mit der BRENDELschen Modifikation ein positives Resultat, während die Prüfung mit der Originalmethode negativ ausfiel, so daß für die neue Methode 63,7 % richtige Resultate gegen 34,4 % der alten konstatiert wurden. Als wesentlicher Punkt des BR.schen Verfahrens kommt die Bestimmung der dem aktiven Serum innewohnenden hämolytischen Kraft, welche durch eine kleine Reihe von Vorversuchen festgestellt wird, in Betracht; für die Reaktion selbst wird entsprechend dem Ergebnis dieser Voruntersuchung nur eine solche Menge von Hammelerythrozyten verwendet, welche sicher von dem zu untersuchenden Serum in einer bestimmten Zeit zur Auflösung gebracht werden konnte. Wegen der Einzelheiten der Technik dieser zweifellos zur Nachprüfung berechtigenden Neuerung muß auf die Originalmitteilung verwiesen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Luetinreaktion, von HIDEYO NOGUCHI-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Okt. 1912.) Die Haut der Syphilitiker reagiert mit einer Entzündung auf die Einimpfung der Pallidasubstanz (Luetin), die von abgetöteten Reinkulturen gewonnen ist. Die Intensität der entzündlichen Reaktionen variiert von einer Papel bis zu einer Pustel, sie dauert gewöhnlich mehrere Tage. Die Luetinreaktion ist spezifisch für Syphilis; sie ist vorhanden in der Mehrzahl der Fälle von tertiärer, latenter und hereditärer Syphilis; bei Paralyse und Tabes dorsalis ist sie in etwa 60 % positiv. Das Verhältnis der WASSERMANN-Reaktion zur Luetinreaktion ist folgendes: die WASSERMANN-Reaktion ist regelmäßiger vorhanden als die Luetinreaktion in Fällen von primärer und sekundärer Syphilis, besonders bei keiner oder ungenügender Behandlung. Die Luetinreaktion dagegen ist regelmäßiger vorhanden als die WASSERMANN-Reaktion bei latenter und tertiärer Syphilis. Während die Technik der Anwendung der Luetinreaktion einfach ist, gibt die Deutung des Impfresultates Gelegenheit zu irrigen Deutungen. Erfahrung ist daher erforderlich.

Fendt-Wiesbaden.

WASSERMANN-Reaktion und Erbsyphilis, von F. MENABUONI. (Riv. di. Clin. pediat., 1912, Nr. 8.) Die WASSERMANNsche Reaktion stellt ein wertvolles Mittel zur Diagnose der Erblues dar; sie ermöglicht, zusammen mit den sonstigen klinischen Daten verwertet, in fast 100% der Fälle die Erkennung einer bestehenden Erbsyphilis. Sie kann sehr frühzeitig positiv und somit von äußerst großem Nutzen sein; ist sie positiv, so hat sie einen fast absoluten Wert; ist sie hingegen negativ, so kann man latente Lues nicht ausschließen; in diesem Fall kann sie jedoch später positiv werden. Die antiluetische Behandlung hat bei Erblues einen schwachen Einfluß auf die WASSERMANNsche Reaktion; diese liefert infolgedessen in therapeutischer Beziehung keine sicheren Anhaltspunkte. Die Mütter von erbluetischen Säuglingen mit positiver WASSERMANN-Reaktion sind selbst auch syphilitisch und zeigen in demselben Prozentverhältnis, wie man es bei akquirierter Lues beobachtet, eine positive WASSERMANN-Reaktion. Bei der Übertragung der Lues auf das Kind spielt der mütterliche Organismus die größte Rolle. K. Rühl-Turin.

Über sekundäre und tertiäre Erblues der Kinder und Salvarsanbehandlung, von L. MACCONE-Turin. (Gaz. internaz. di med. e chir., 1912, Nr. 31 und 33.) Schlußfolgerungen: 1. Das Salvarsan ist ein sehr wirksames spezifisches Mittel bei den sekundären Formen der allgemeinen Kindererbsyphilis. Infolge der Behandlung wird die vorher positive WASSERMANNsche Reaktion in 80 % der Fälle negativ.

Digitized by Google

Bei lokalisierter oder junger Tertiärlues ist das Mittel weniger wirksam. Bei paraluetischen Affektionen ist es wirkungslos. 2. Es gibt bei Kindern keinerlei Kontraindikationen für das Salvarsan. Dieses wird ebensogut wie das Quecksilber vertragen. 3. Bei Kindern soll man tiefe intramuskuläre Einspritzungen in die Mm. glutaei machen. Die intravenösen Injektionen sind nur bei älteren Kindern mit gut entwickelten oberflächlichen Venen vorzuziehen. 4. Wenn es auch zuweilen herdweise Lokalisierungen der Lues unbeeinflußt läßt, so stellt das Salvarsan immerhin ein besonders bei Kindern ausgezeichnetes Roborans dar. 5. Auf die Salvarsanbehandlung läßt man zweckmäßig eine Hg-Kur folgen. Nach 6—12 Monaten kontrolliert man den Zustand durch WASSERMANN. K. Rühl-Turin.

Syphilis im Kindesalter, von G. HAINISS-Budapest. (Orv. Ujság, 1912, Nr. 11.) Verfasser beruft sich auf seine unzähligen Fälle und akzeptiert nicht die Auffassung MATZENAUERS, daß sich nämlich nur die Lues der Mütter auf die Kinder vererbt. Der häufigste Beförderer des Luesvirus ist das infizierte Sperma. Es ist wahr, daß die Mutter oft gar keine Ahnung hat, daß sie einmal Lues gehabt hat, und das Kind ist doch luetisch, sie selbst gibt doch eine positive WASSERMANN-Reaktion. Dafür ist die Erklärung, daß die Mutter durch die Plazenta solche immune Stoffe bekommen kann, welche positive WASSERMANN-Reaktion geben, ohne daß die Mutter luetisch war. Im Sperma fanden sich einzelne Spirochäten. Es ist eine Frage, ob das Ei dadurch infiziert wird, und wenn ja, ob das infizierte Ei entwicklungsfähig ist. Nach seiner Ansicht kann man im Falle kongenitaler Lues an den Vater, noch eher an die Mutter, aber ebenso an beide, aber sogar auch an die Großeltern denken. Bei kongenitaler Lues ist WASSERMANN-Reaktion viel sicherer positiv als bei akquirierter Lues im späteren Stadium. Syphilis congenita entwickelt sich schon im embryonalen Leben. Aborte und Frühgeburten können als Unmöglichkeit der Weiterentwicklung, als Folge einer allgemeinen Infektion angesehen werden. Nicht jede fötale Lues endet mit Abortus oder Frühgeburt, die Symptome bleiben auch im Leben nach dem Partus bestehen, es kommen sogar weitere dazu. Osteochondritis, Pemphigus, Coryza sind kongenital; aber nach einer kürzeren oder längeren Zeit nach der Geburt stellen sich die sichtbaren Symptome der Lues ein. Coryza ist gewöhnlich auf Lues verdächtig, so auch die Seborrhöe der Augenbrauenbogen; aber auch ein sehr wichtiges Symptom ist das charakteristische Aussehen der Haut, die blasse, fahle Farbe, das runzliche, ältliche Gesicht, der pergamentartige Glanz der Sohlen, hauptsächlich der Fersen. Paronychia auf einzelnen Fingern, auf der Haut Makulae, Papeln, auf den Schleimhäuten und in den Gelenken, sind sichere Anzeichen der Lues. Die Leber, die Lunge, die Niere, der Hoden, die Milz können krank sein; Lymphdrüsen sind bei kongenitaler Lues nicht charakteristisch. Besondere Aufmerksamkeit verdienen Rhagaden und die nach diesen sich entwickelnden strahligen Narben; Kondylom auf der Zunge, in den Rachengebilden und um den Mastdarm, die Gummata, die hauptsächlich in der Nase und auf dem harten Gaumen zerstörend wirken. Keratitis parenchymatosa, Labyrinthstörungen kommen zur Beobachtung, und wenn noch die charakteristische Deformation der Zähne dazu kommt, ist die HUTCHINSONsche Trias fertig. Infantile Herzleiden sind immer die Folgen luetischer Infektion. Es gibt auch akquirierte infantile Luesfälle. Luetische Kinder dürfen von gesunden Ammen nicht gesäugt werden. Entweder die Mutter selbst muß das Kind stillen, oder es muß künstlich ernährt werden. Therapie: Kalomel täglich 2—3mal, in einzelnen Fällen Inunktionen; bei schweren Verwüstungen Salvarsan. Porosz-Budapest.

Experimentelle Untersuchungen zur Syphilis des Auges, von J. IGERSHEIMER-

Digitized by Google

Halle a. S. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Die ersten Stadien der Augensyphilis hat Verfasser an einer größeren Reihe von Kaninchen nach der Injektion von Spirochätenkulturen eingehend untersucht. Er benutzte teils Mischkulturen, teils einige von SOWADE nach dessen eigener Methode hergestellte Reinkulturen von Spirochäten und impfte teils direkt in die Carotis communis, teils am Auge selbst. Die hier geschilderten Beobachtungen betreffen aber nur die intravaskulär behandelten Fälle. Die dabei konstatierten Läsionen geben eine gute Übersicht von den beim Menschen zu beobachtenden ophthalmologischen Prozessen der Lues: Iritis, Keratitis parenchymatosa, Retinitis, Chorioiditis, Optikusatrophie usw. Namentlich für die Erkenntnis der allerersten Stadien der Augensyphilis in ihren verschiedenen Erscheinungen ist von den noch weiter fortzusetzenden Experimenten eine wertvolle Ausbeute zu erwarten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Beurteilung isolierter Pupillenstörungen nach vorausgegangener Syphilis, von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Es werden in dieser Arbeit auf Grund eingehender Untersuchungen besprochen: Die WASSERMANNsche Reaktion im Blute und in der Spinalflüssigkeit, die Lumbalflüssigkeit in bezug auf Druck, Eiweiß nach NISSL, Phase I nach NONNE-APELT und Zellgehalt sowie die provokatorische Salvarsaninjektion und als Zugabe die Diagnose ex therapia unter Verwendung von Salvarsan und Quecksilber, namentlich Kalomel und Hg-Salizylinjektionen. Den größten Wert legt Verfasser hierbei auf die Ergebnisse der Lumbalpunktion, welche er in der Regel (trotz gelegentlichen Widerstrebens seitens der Patienten) mehrmals wiederholt, da er ein normales Verhalten des Liquor postuliert, um erklären zu können, daß eine syphilitische Infektion definitiv geheilt ist. Die beigegebenen Krankengeschichten bieten präzise Beispiele für die Wichtigkeit dieser neueren Untersuchungsarten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gibt es eine toxische Wirkung des Salvarsans auf das papillo-makuläre Bündel? von GEBB-Rostock. (Med. Klin., 1912, Nr. 35.) Nein! der Verfasser hält alle bisher veröffentlichten hierhergehörigen Fälle (speziell wendet er sich gegen REISSERT und COHEN) für echte Neurorezidive der Lues, d. h. Folgeerscheinungen der nicht abgetöteten Spirochäten. Er ist in der Lage, einen Fall zu veröffentlichen von Syphilitis tertiaria mit Skleradenitis, Neuritis optica und zentralem Skotom und positiver WASSERMANN-Reaktion. Diese Krankheitssymptome reagierten auf Hg und Jodbehandlung, aber nicht mit definitiver Heilung; erst auf eine zweimalige intravenöse Injektion von 0,3 Salvarsan gehen alle krankhaften Veränderungen am Auge zurück und es kommt zur Restitutio ad integrum. Lasch-Breslau.

Drei Fälle von höchstgradiger Stauungspapille nach Salvarsaninjektion bei Lues, von R. VOLLERT-Leipzig. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36). Nach der Schilderung ist wohl anzunehmen, daß die Salvarsanbehandlung hier als ätiologisches Moment bei der Erkrankung des Sehnerven eine Rolle spielte; es fehlen aber in dem Bericht genauere Angaben über den Modus der Darreichung, was ja nach den neueren Erfahrungen jedenfalls von größter Wichtigkeit ist. Bei allen drei Fällen handelte es sich um mehr oder weniger frische Syphilis. Allerdings waren die Prozesse am Augenhintergrund ganz fulminanter Art, und die Heilung gelang nur in beschränktem Grade. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirkungen des Salvarsans auf das Auge, von OSKAR FEHR-Berlin. (Centralbl. f. prakt. Augenhlk., Juni 1912.) Im ersten Teile seiner Arbeit sucht FEHR den Beweis zu erbringen, daß die nach Salvarsaninjektionen beobachteten

Digitized by Google

sogenannten Neurorezidive am Auge nicht dem Salvarsan zuzuschreiben, sondern Folgen der Syphilis sind, da sich alle in Betracht kommenden Affektionen in nichts von den typischen syphilitischen unterscheiden; an eine toxische Wirkung glaubt der Verfasser deswegen nicht, weil gewisse Affektionen, z. B. Augenmuskellähmungen noch nie als Folgen einer As-Intoxikation beobachtet worden sind (nur für einen Fall von okulomotorischer Lähmung bei einem Tabiker kommt nach FEHR ev. eine provozierende Wirkung des Salvarsans in Betracht). Eine auffallende Häufung von Rezidiven am Auge hat der Verfasser seit Einführung der Salvarsanbehandlung nicht gesehen, dagegen ein bemerkenswertes Seltnerwerden seit Durchführung der Behandlung mit größeren Dosen.

Ebenso gehören die therapeutischen Mißerfolge zumeist der Zeit der geringen Salvarsandosen an, wie Verfasser im II. Teile der Arbeit, in dem er über die Erfolge der Salvarsantherapie berichtet, betont. Die günstigsten Fälle sind die des II. Stadiums, bei denen auch das Hg meist von sehr guter Wirkung war, während FEHR für die von Hg schwer beeinflußbaren Affektionen auch der heilenden Kraft des Salvarsans mit gewissem Skeptizismus gegenübersteht.

Unter 2700 mit Salvarsan behandelten Syphilitikern hat FEHR keinen Fall einer Schädigung des Sehnerven gesehen; wie weit allerdings dauernde Erfolge erreicht werden, läßt sich bei der Kürze der Zeit seit Einführung der Salvarsantherapie noch nicht beurteilen. Lasch-Breslau.

Zur Kasuistik der luetischen Nephritis, von M. DAMASK. (Wien. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 39.) Bei einem 34jährigen Manne mit chronisch-parenchymatöser Nephritis mit akutem Nachschub bei positiver WASSERMANNscher Reaktion im Blutserum sowohl wie im Globulin des Harnes brachte die kombinierte und protrahiert durchgeführte antiluetische Behandlung einen sehr beachtenswerten Erfolg in bezug auf die Änderung des Harnbefundes wie auch hinsichtlich des Allgemeinbefindens. Schourp-Danzig.

Die syphilitische gelappte Niere, von FRANCESCO FULCI-Rom. (Policlinico, 1912, Nr. 2.) Beschreibung eines bei der Autopsie eines an Aortitis und Hemiplegie gestorbenen Syphilitikers gefundenen Nierenbefundes, der makroskopisch eine Lappung der Niere zeigte, wie man sie sonst nur bei der syphilitischen gelappten Leber findet. A. Gunsett-Straßburg.

WASSERMANNsche Reaktion und latente Syphilis bei der Zirrhose und chronischen Nephritis, von MAURICE LETULLÉ und ANDRÉ BERGERON. (Presse méd., 1912, Nr. 77.) 46 Fälle von chronischer Nephritis gaben 34 negative und 12 positive Reaktionen. Von letzteren hatten nur 3 syphilitische Antezedentien. In dem einen dieser Fälle wurde eine Quecksilberkur eingeleitet, aber ohne Erfolg. Bei der Autopsie fanden sich mächtige syphilitische Läsionen der Nieren, der Aorta und der Hirnarterien. In 2 anderen Fällen, in welchen keine syphilitischen Antezedentien nachweisbar waren, blieb die Quecksilberbehandlung trotz positiver WASSERMANNscher Reaktion ebenfalls ohne Erfolg. Von 18 Fällen von chronischer Hepatitis reagierten 11 negativ, 7 positiv. Von letzteren handelte es sich in einem Fall um eine atrophische Zirrhose bei fehlenden Luesantezedentien. Die anderen 6 Kranken hatten eine hypertrophische Zirrhose und dabei noch offenkundige Zeichen einer älteren luetischen Infektion. A. Gunsett-Straßburg.

Über Syphilis der platten Schädelknochen mit besonderer Berücksichtigung der ausgedehnten Nekrose, von ALEXANDER WERTHEIM-Warschau. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 118, Heft 5—6.) Die Frage des primären Sitzes eines Gumma der flachen Schädelknochen ist noch nicht genügend festgestellt. Ausgedehnte

Digitized by Google

Schädelnekrose ist nicht immer Folge von Syphilis und hängt häufig mit einer Eiterung in den benachbarten Lufthöhlen oder mit einem Trauma zusammen. Wesentlich handelt es sich dabei um eine chronische Osteomyelitis und Nekrose der Lamina externa. Die Nekrose wird durch die Anordnung des Venensystems der Diploe begünstigt. Die Demarkation erfolgt in diesen Fällen sehr langsam und die spezifische Behandlung bleibt ohne Erfolg. Einzig rationell ist für diese Fälle frühzeitige, ausgedehnte Resektion des erkrankten und Kanalisierung des verdächtigen Knochens in unmittelbarer Umgebung der Sequester. Die regenerative Fähigkeit der Schädelknochen nach diesem Eingriff ist bedeutend. Schourp-Danzig.

Über die Wirkung des Salvarsans bei pathologischen Veränderungen der Knochen durch Syphilis, von Rosenblatt-Odessa. (Verh. der dtsch. Röntgenges., Bd. 8.) In dem beschriebenen Falle handelte es sich teils um Knochengummata, teils syphilitische Periostitiden, die 4 Wochen nach der Verabreichung von Salvarsan sich großenteils vollständig zurückgebildet hatten, mit Ausnahme eigentümlicher atrophischer Veränderungen, die Verfasser ebenfalls als spezifisch syphilitisch betrachtete. Röntgenaufnahmen vor und nach der Behandlung.

W. Lehmann-Stettin.

Über luetische Gelenksleiden, von E. Weisz-Pöstyén. (Gyógyászat, 1912, Nr. 17.) Im klinischen Verlauf der Arthritiden gibt es wenig Symptome, die man als charakteristisch für syphilitisch bezeichnen könnte. Es gibt fieberhafte und nicht fieberhafte Formen, Erkrankungen eines Gelenks oder mehrerer, mit wenig oder viel Schmerzen einhergehende Fälle; die Hautfarbe kann verändert oder normal, das Gelenk kann mehr oder weniger gedunsen konsistent sein und kann sich teilweise hart anfühlen, es kann sogar den Charakter der Arthritis deformans haben; das Exsudat kann minimal oder hydropsartig sein usw. Bei chronischen Fällen sind die Schmerzen nicht scharf und die Neigung zur Eiterung ist gering. Bei akuten Erkrankungen pflegen zumeist vereinzelte Gelenke zu erkranken, die Schmerzen sind gewöhnlich auch nicht sehr heftig, nachts stärker. Antirheumatika führen zu keinem Resultate. In zweifelhaften Fällen muß die Wassermannsche Probe vorgenommen werden. Bei Knochenerkrankungen gibt das Röntgenbild manchmal Aufschluß. Um den Herd herum kann eine Verdickung gefunden werden, während bei Erkrankungen tuberkulösen Charakters das Knochengewebe spärlicher zu werden pflegt. Und wenn auch eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht möglich ist, so hat — im Falle erfolgloser Behandlung — ein Versuch mit Antiluetika doch Berechtigung. In der sekundären wie in der tertiären Periode der Syphilis können Gelenksleiden auf hereditärer Basis vorkommen. Im sekundären Stadium sind eher die akuten Formen, in der tertiären die chronischen häufiger. Auch auf kongenitaler Basis können die Gelenkserkrankungen bald akutere, bald chronischere Formen annehmen. Die Veränderungen können in einfacher Synovitis, Gelenkshydrops, entsprechenden Entzündung der knorpeligen und knöchernen Elemente usw. bestehen. Gummabildung in den Scheidebändern, den knochigen Gelenkenden entsprechend, ist für die Erkrankung charakteristisch. Bei kongenitaler Syphilis sitzt die Erkrankung an der knorpeligen Grenze zwischen der Epiphysis und Diaphysis. Eiterungen pflegen seltener vorzukommen. Es ist ratsam, in hartnäckigen Fällen abwechselnd Jod, Quecksilber, Salvarsan anzuwenden. Von den Bädern kommen solche mit Schwefel, Salz, Jod und Schlamm in Betracht. In Fällen von Fisteln bewerkstelligen die warmen Bäder eine sehr milde und eine sehr ausgiebige Ausspülung der eitrigen Fläche, während Irrigationen einen starken mechanischen Reiz bilden. Auch die chemischen Stoffe in den Bädern haben ihre eigene Rolle, insofern sie die

Digitized by Google

hyperämisierende Wirkung der Wärme zu steigern fähig sind. Verfasser legt auch auf das Schwitzen großes Gewicht, weil durch die Einpackungen künstlich geschaffene, möglichst gesteigerte Temperaturerhöhung wie Fieber wirkt und zur rascheren Absorption führt. Schmierkuren sind mit alltäglichen Bädern sehr gut vereinbar. Wenn auch infolge der Bäder von der grauen Salbe mehr verloren geht, wird um so mehr durch die von Epithel und Schmutz befreite und mit Blut reichlicher durchtränkte Haut von der Einreibung unmittelbar nach den Bädern absorbiert. (?) Die Resultate sind auffallend gut. Im Anschluß an Schwefelbäder vorgenommene Schmierkuren haben hinsichtlich des Ausbleibens der Rezidive einen glänzenden Erfolg. Diese Indikation der Schwefelbäder werden nicht nach Gebühr gewürdigt. Porosz-Budapest.

Polyarthritis syphilitica acuta, von J. Guszmann-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 41.) Mit der Arthralgie zugleich besteht eine Störung des Allgemeinbefindens, Muskel- und Kopfschmerzen. Die Patienten sind ausgeprägt fieberisch. Um dieselbe Zeit pflegt die erste allgemeine syphilitische Eruption auszubrechen. Arthralgien können sich auch bei Rezidiven einstellen, für die genügend charakteristisch ist, daß die Schmerzen sich bei Bewegungen nicht sehr steigern, nur in der Nacht, in der Bettwärme. Es gibt auch einfache seröse Synovitiden, gummöse Verdickungen und Infiltrationen. Defontaine unterscheidet 5 Formen: 1. Arthralgien, 2. subakute Arthritis, 3. Hydrarthrose, 4. perisynovale gummöse Infiltrationen und 5. mit Knochensyphilis komplizierte Gelenksleiden. Sie entstehen hauptsächlich im tertiären Stadium. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die in der frühzeitigen Periode der Lues vorkommende, subakute, auf mehrere oder viele Gelenke sich erstreckende Entzündungen. Er berichtet dann über 3 Fälle. Für luetische Polyarthritis acuta ist charakteristisch, daß die Schmerzen sich in gleichmäßiger Wärme in der Nacht und bei vollkommener Ruhe auffallend steigern, ja sogar ganz unerträglich werden. Schlaf überfällt den Patienten nur bei Tage, wenn der Schmerz wieder manchmal auch bei Bewegungen verhältnismäßig geringer geworden ist. Das ist ein sehr charakteristisches Symptom. Wichtige Symptome sind neben der Schmerzhaftigkeit der Gelenke der Knochenschmerz (hauptsächlich an den freien Rändern der Ulna und des Radius) und die periostitischen Anschwellungen, welche im Zusammenhange mit gewöhnlicher Polyarthritis nicht beobachtet werden können. Die vollkommene Wirkungslosigkeit der Salizylpräparate ist nur ein schwacher Stützpunkt. Sehr oft ist auch ein manifestes Symptom der Lues vorhanden. Die Wassermann-Reaktion kann allein die luetische Natur des Gelenksleidens nicht feststellen, weil ein luetisches Individuum zugleich auch rheumatische Polyarthritis haben kann. Ex juvantibus ist die auffallende und rasche Wirkung der antiluetischen Kur, hauptsächlich aber der Jods charakteristisch. Dies zeigt sich darin, daß sich der Schmerz rasch mäßigt und daß das Fieber rasch abnimmt. Für das Verschwinden der sonstigen objektiven Veränderungen und der Funktionsstörungen braucht man einige Tage, aber auch ihre Rückbildung ist auffallend rasch. Kasuistik über drei Fälle. Porosz-Budapest.

Syphilis der oberen Luftwege, von A. Irsay-Budapest. (Orv. Ujság, 1912, Nr. 8.) Syphilis der oberen Luftwege ist nur eine Erscheinung der allgemeinen luetischen Erkrankung, sie mag ererbt, angeboren oder erworben sein. Sekundäre Symptome erkennt der Arzt am leichtesten, aber um so schwerer ist es, die primäre und tertiäre Lues der Luftwege zu erkennen. Bei letzterer können sonstige Symptome der Lues fehlen, obgleich die tertiären Veränderungen zur Beobachtung gelangen. Nasensyphilis tritt nach der Statistik schon nach einigen Monaten, aber

Digitized by Google

auch nach 30 Jahren auf, zumeist in dem 1.—3. Jahre nach der Infektion. In der Nase ist harter Schanker sehr selten. Die Infektion der Nase und der Nasenrachenhöhle kann auch durch medizinische Instrumente erfolgen. Der Schanker pflegt auf dem Septum seinen Sitz zu haben und kann nicht leicht erkannt werden, da er meist eine flache, mit Eiter und Gewebsfetzen bedeckte, knorpelharte, leicht blutende Geschwulst ist und Nasenverstopfung hervorruft. Sekundäre Lues als spezifischer Katarrh unterscheidet sich nicht sehr von dem einfachen Nasenkatarrh, aber er ist einseitig und ist eher auf den vorderen unteren Teil der Nase und dem Septum lokalisiert, und ist nicht heftig. Auch auf anderen Schleimhautgebieten kann man spezifische Veränderungen finden. Papeln und Kondylome kommen ebenfalls in der Nase vor. Am häufigsten finden sich tertiäre Veränderungen, die sich als gummöse Infiltration der Schleimhaut, als Veränderung des Knorpels, der Knorpelhaut und der knochigen Gebilde einstellen. Zumeist findet der praktische Arzt schon einen ulzerierenden Prozeß. Knorpel und knochige Gebilde können spezifisch selbständig erkranken, und die Schleimhaut kann sich nach diesen bzw. durch diese verändern, wenn der Prozeß nicht von außen nach einwärts, sondern umgekehrt sich verbreitet. Sehr oft treten die Erscheinungen in Form eines chronischen Schnupfens auf, später wird aber das Sekret schmutzig, blutig und übelriechend, mit reichlicher Grindbildung (Ozäna), und Zeichen der Nasenverstopfung treten auf. Oft stellen sich heftigere Schmerzen ein, die hauptsächlich auf dem Nasenrücken ihren Sitz haben und gegen die Augenhöhle, die Stirne bzw. die Stirnhöhlen und das Gesicht ausstrahlen. Dabei kann eine Gedunsenheit, eine Verdickung des Nasenrückens beobachtet werden. Ein wichtiges Symptom der Nasenlues ist die auf Druck lebhafte Schmerzhaftigkeit der Nasenknochen. Die ulzerierenden Prozesse führen rasch zur Perforation des Knorpels. Eine Erkrankung des hinteren, oberen knochigen Teils des Septums ist die Sattelnase, die durch eine Senkung des Nasenrückens entsteht. Der Nasengrund kann durchbrochen werden und es entsteht ein Durchbruch nach der Mundhöhle. Die späteren Formen der angeborenen Lues können ebenso schwer sein wie jene, die durch erworbene Lues hervorgerufen werden. Bekannt sind luetische Highmorshöhlen-, Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinerkrankungen. In der Nasenrachenhöhle sind primäre Erkrankungen noch seltener. Eine Ausnahme bilden nur die durch Instrumente verursachten Ansteckungen. Am häufigsten sind da die Spätformen der Syphilis. Es können Atrophien, Verengerungen, Verwachsungen genau wie in der Nase zurückbleiben. Mund- bzw. Rachenlues ist häufig, wie die syphilitischen Hauterkrankungen. Am häufigsten sind die Veränderungen auf den Tonsillen, weil sich das Virus in den Mandeln leicht einnisten kann. Primäre Erkrankung des Zahnfleisches wird meist durch Zahnstocher, Zahnbürsten, medizinische Instrumente hervorgerufen. Primäre Leiden der Zunge kommen einesteils als Verhärtung, anderenteils als Geschwüre zur Beobachtung. Charakteristisch ist bei der sich langsam entwickelnden entzündeten, umschriebenen Verhärtung die hochgradige Gedunsenheit und Härte der Drüsen unter dem Kinn. Sekundäre Veränderungen sind die Angina syphilitica und die Schleimhautpapeln. Die Angina hat lebhaft rote, schwarze Grenzen und dauert häufig wochenlang. Die papulöse Form pflegt in Form von linsen- bis erbsengroßen roten, ein wenig hervorstehenden, oft zusammenfließenden Flecken in Erscheinung zu treten. Infolge der Veränderung des Epithels werden sie zu gräulichen oder bläulichgräulichen Flecken (Plaques muqueuses). Am häufigsten werden sie auf den Tonsillen beobachtet, ferner auf dem Rachenbogen und dem Gaumensegel, am seltensten auf der hinteren Rachenwand und der Uvula. Wenn die Papeln in größerem Maße

Digitized by Google

zerfallen, geben sie auch zur Verwechslung mit diphtherischen Geschwüren Anlaß. Sie pflegen häufig zurückzukehren und sind auffallend infektionsfähig. Tertiäre luetische Rachenveränderungen stellen sich als diffuse gummöse Infiltrationen und umschriebene Gummen auf, die später weich werden und zerfallen und zu Perforationen führen. Der gummöse Prozeß der hinteren Rachenwand ist beinahe so häufig wie die Veränderungen des weichen Gaumens. Eine primäre Veränderung des Kehlkopfes findet sich in der Literatur kaum verzeichnet; die sekundären Formen der Syphilis greifen da eher ein. Hier können die Veränderungen als Katarrh (Erythema), Papel, gummöse Infiltration und als aus diesen entstehende ulzerierende Prozesse, Knorpelhautentzündungen und Narben auftreten. Diese Veränderungen stellen sich gewöhnlich mit den gleichartigen Veränderungen der Nase und des Rachens ein; sie können sogar bei frühzeitigen Hautveränderungen gefunden werden. Papeln sind in der Kehle nicht häufig, sind aber dann von einem weißlich-roten Saum umgeben oder wenig erhabene Infiltrate. Infolge des Epithelzerfalls entsteht Ulzeration, gewöhnlich in der ersten, aber auch in der dritten Periode. Diese kann Atembeschwerden, sogar auch Suffokationszustände hervorrufen. Gummen kommen seltener zur Beobachtung, weil sie anfangs nur Heiserkeit, aber keine Schmerzen verursachen. Gummen und gummöse Infiltration haben zum Verfall große Neigung; der größte Teil der Kehlkopfgeschwüre verdankt diesem Umstande sein Entstehen. In der Nachbarschaft der Geschwüre entwickeln sich oft genug und sehr rasch entzündliche Ödeme, die dann lebensgefährliche Veränderungen zur Folge haben. Ebenso gefährlich ist die Perichondritis, eine der häufigsten luetischen Erkrankungen. Nach ihrer Heilung läßt sie immer Veränderungen zurück: infolge der verschiedenen Vernarbungen hervorgerufene Stenosen, ferner infolge der Knorpelhautentzündungen eingetretene Gelenkstarre sowie auch durch spezifische Erkrankungen entstandene Lähmungszustände. Die Luftröhrensyphilis ist viel seltener als die der Kehle. Sie erkranken zusammen. Zumeist nach erworbener Lues. In der Luftröhre sind Gummata sehr selten, am häufigsten kommen gummöse Infiltrationen vor. Durch Zerfall führen sie zur Ulzeration und Knorpelnekrose, wodurch ein Durchbruch in die Nachbarschaft und abnormale Verbindungen entstehen können. Man beobachtete Durchbrüche in die Speiseröhre, ins Mediastinum und plötzlichen Tod infolge des Durchbruchs in die großen Gefäße. Während des Heilens entwickeln sich Verengerungen, welche auch Atemnot hervorrufen können. Bei allgemeiner Behandlung ist oft auch eine lokale notwendig. Im Salvarsan hat die Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege ein kräftiges Heilmittel gewonnen, das an Wirkung die übrigen luetischen Mittel übertrifft (!?), namentlich gilt dies für die tertiäre Lues, obgleich sich in genügend großer Zahl nach kürzerer oder längerer Zeit nach Salvarsaninjektionen Rückfälle einstellten; die bisher gebräuchlichen Quecksilber- bzw. Jodkuren macht es jedoch nicht entbehrlich.

Porosz-Budapest.

Über einen sehr seltenen Fall von luetischer Synovitis papillaris als Initialform von Lipoma arborescens der Sehnenscheide, von Otello Finzi-Pisa. (Policlinico, 1912, Nr. 1.) Bei der Seltenheit der Lokalisation der Syphilis in den Sehnenscheiden hat dieser Fall von Sehnenscheidenlues an und für sich schon Bedeutung, welche aber noch vergrößert wird durch den mikroskopischen Befund, der eine vollständige Übereinstimmung mit den beim Lipoma arborescens oder racemosum bekannten Befunden ergab. Es muß also eine Umbildung des syphilitischen Prozesses in diese Form stattgefunden haben. Heilung durch Merkurialkur.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

In den Ösophagus perforiertes Trachealsyphilom, von J. Basch-Budapest. (Sitzung des Budapester Ärztevereins am 24. März 1912.) Ein 51jähriger Beamter fühlte vor sechs Monaten beim Schlucken in der Nase ein unangenehmes Gefühl. Nach Entfernung der Nasenpolypen trat Besserung ein. Bald verschlimmerte sich der Zustand; seit drei Wochen kann er keine festen Speisen, seit vier Tagen auch keine Flüssigkeiten nehmen, Wasser nur sehr wenig, aber nachher hüstelt er ein bis zweimal und gibt es wieder zurück. In der Nasenrachenhöhle war ein ulzeröses Gumma. Luesinfektion stellt der Patient in Abrede. Wassermann ist stark positiv, Brustorgane sind normal. Patient bekommt 0,40 intravenöse Salvarsaninjektion. Nachher Diarrhöe, 39,2° Temperatur, abends 38°. Am nächsten Tage Zyanose, schlechter Puls, Temperatur über 39°, nachmittags Exitus. Bei der Sektion stellte sich heraus, daß auch in der Mitte der Trachea ein großes Gumma war mit durchbrochenem Ulkus gegen den Ösophagus. Luetische Veränderungen an der Aorta, rigide, harte Adern auf der Gehirnbasis. Zeichen einer Arsenvergiftung waren nicht vorhanden, Bronchitis putrida und Bronchopneumonie war die Todesursache. Porosz-Budapest.

Die Pathogenese der plazentaren Syphilis. Ein vorläufiger Bericht, von Martin F. Engman-St. Louis. (Journ. amer. med. assoc., 11. Mai 1912) ist in Bd. 55, Nr. 44 dieser Schrift im Original erschienen. Fendt-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Syphilis des Herzens, von Georg Orkin-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 25.) Unter 94 Myopathien des Herzens fand sich in 35% (bei Männern in 30%, bei Frauen in 20%) der Fälle positive Wassermannsche Reaktion. Eine spezifische Kur hatte bei jüngeren Leuten ausgezeichneten Erfolg, bei älteren (über 40 Jahre) weniger guten, der auch erst durch wiederholte Kuren zu erwarten ist. Die Frage der Anwendung des Salvarsans bei Herzlues ist noch nicht geklärt, doch wird Vorsicht dabei anzuwenden sein. H. Lautsch-Graudenz.

Über Syphilis als Ursache von Herz- und Gefäßerkrankungen, von Reinhold Ledermann. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) An der Hand von Wassermann-Reaktionen stellt der Verfasser fest, daß Syphilis häufig bei Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz und Arteriosklerose in Betracht kommt. Daher seien bei Verdacht auf Mediastinaltumoren stets Wassermann-Reaktionen nötig und bei positiver Luesanamnese auch in serologisch negativen Fällen eine antisyphilitische Behandlung. V. Caesar-Dresden.

Die Beziehungen zwischen Aortitis und Syphilis und die Wichtigkeit deren Diagnose, von Clyde L. Cummer und Richard Dexter-Cleveland. (Journ. amer. med. assoc., 10. August 1912.) Ein großer Teil (70—75%) der Erkrankungen der Aorta und ihrer Klappen sind syphilitischen Ursprungs. Die Aortitis syphilitica stellt pathologisch-anatomisch und klinisch eine Erscheinung der Syphilis dar, die gewöhnlich spät, nach einer langen Latenzzeit, auftritt. Beschwerden auf der Brust und Dyspnoë sollen eine sorgfältige Untersuchung, besonders der Aortengegend, veranlassen. Untersuchung mittels Röntgen-Strahlen ist wünschenswert. Ist die Diagnose Aortitis gestellt, so soll die Wassermann-Reaktion angestellt werden. Eine positive Reaktion macht spezifische Behandlung erforderlich.

Fendt-Wiesbaden.

Klinische Vorlesung über die Syphilis des Nervensystems, illustriert durch drei Fälle, von H. L. McKisack-Belfast. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3829.) Den metasyphilitischen Erkrankungen, bei denen antiluetische Therapie nutzlos ist, stellt Verfasser die direkt syphilitischen Krankheiten des Nervensystems gegenüber

Digitized by Google

1. Die häufigste spezifische Erkrankung des Gehirns und Rückenmarkes ist eine Form von Meningitis, wobei das Nervengewebe und die Arterien mit beteiligt sein können. Der Hauptsitz der Erkrankung ist die Gehirnbasis, und zwar die Umgebung des Chiasma, der Crura und des Pons, sie wird aber auch an allen Stellen des Zerebrospinalkanales angetroffen. Klinisch resultiert eine Gruppe von Symptomen, die der multiplen Sklerose oder der progressiven Paralyse ähneln. 2. Manchmal kann nur eine Arteriitis festgestellt werden, die dann der Sitz einer Thrombose oder einer Ruptur wird. 3. Gummöse Neubildungen an den Gehirn- oder Rückenmarksnerven rufen gelegentliche Schmerzen, Parästhesien oder Lähmungen hervor. Die Symptome sind die einer Neuritis der affizierten Nerven. 4. Bei der vierten Gruppe handelt es sich nur um funktionelle Störungen: Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen usw. Die Therapie besteht in der Verabreichung von Hg, Kal. jodat. und Salvarsan; die Erfolge sind zufriedenstellend. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems mit Salvarsan, von Joseph Collins und Robert G. Armour-New York. (Journ. amer. med. assoc., 22. Juni 1912.) 75 Patienten mit Nervensyphilis wurden mit Salvarsan behandelt. Für den Erfolg ist die Hauptsache die Art der Anwendung des Mittels. Eine einmalige Anwendung hilft nur unter ganz besonders günstigen Umständen. In der Mehrzahl der Fälle wurde es intravenös, in ungefähr 20 Fällen intramuskulär gegeben. Die durchschnittliche Dosis betrug 0,6, bei Patienten mit hohem Blutdruck und Symptomen von kardiovaskulärer Degeneration 0,3. Folgt auf die erste Anwendung nicht innerhalb 14 Tagen ein Nachlassen der Aktivität des Syphilisgiftes (negative Wassermann-Reaktion, Globulinverminderung, Abnahme der Lymphozyten in dem Liqu. cerebrospinalis), so muß die Dosis wiederholt werden. Hat die Aktivität nachgelassen, so folgt die zweite Dosis der ersten nach sechs Wochen bis zu drei Monaten. Der zweiten folgt eine dritte und auch eine vierte Behandlung. Einer der bemerkenswertesten Züge der Salvarsantherapie ist die körperliche Erholung der Patienten und ihre Gewichtszunahme. Unter den 75 Patienten befanden sich 35 Tabiker in verschiedenen Stadien; 32 hiervon zeigten eine deutliche, manchmal bemerkenswerte Besserung, sowohl in subjektiver als auch in objektiver Beziehung. Fast stets war eine entschiedene Gewichtszunahme und ein subjektives Gefühl der Besserung vorhanden. Bei der Mehrzahl wurde die Ataxie bedeutend gebessert. Bei zwei Patienten verschwand die reflektorische Pupillenstarre. Bei neun Patienten lautete die Diagnose auf progressive Paralyse, doch war es bei zweien schwer zu sagen, ob nicht Tabes vorlag. Bei diesen beiden und bei einem dritten Patienten, bei dem die Diagnose Paralyse nicht bezweifelt wurde, trat bedeutende Besserung ein. Ohne auf weitere Einzelheiten einzugehen, sei noch das Schlußurteil der Verfasser wiedergegeben: Salvarsan hat das Quecksilber nicht verdrängt; aber wir sind überzeugt, daß die Behandlung der syphilogenen Nervenkrankheiten mit Salvarsan bei weitem befriedigender ist als mit Quecksilber.

Fendt-Wiesbaden.

Der Wert der „vier Reaktionen" für Diagnose und Therapie der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, von C. R. Ball-St. Paul. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Die vier Reaktionen sind: 1. Nonnes Phase I oder die Ammoniumsulfatreaktion zur Bestimmung der Globulinvermehrung in der Spinalflüssigkeit, 2. der Nachweis der Lymphozytenvermehrung im Liquor spinalis, 3. die Wassermann-Reaktion des Serums, 4. die Wassermann-Reaktion des Spinalpunktates. Die Besprechung dieser vier Reaktionen bringt nichts Neues.

Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Die Einwirkung spezifischer Behandlung auf die Zerebrospinalflüssigkeit, von W. F. LORENZ-Mendota. (Med. Record, 3. August 1912.) Verfasser hat neun Fälle von allgemeiner Paralyse und drei Fälle von HUNTINGTONscher Chorea teils mit Salvarsan, teils mit Natrium cacodylicum behandelt und genaue fortlaufende Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit vorgenommen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. In beginnenden Fällen von Parese nimmt die Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit nach der Verwendung von Salvarsan sowohl wie Natr. cacod. ab. 2. Auch die Globulinzunahme ist nach der Behandlung weniger ausgesprochen als vorher. 3. Die Abnahme des Globulingehaltes und der Lymphozytose scheinen einander parallel zu gehen. 4. Salvarsan und Natr. cacod. verschwinden innerhalb drei Stunden nach Applikation aus dem Blut. 5. Arsen ist eine Stunde nach der Applikation von Natr. cacod. sowohl in der Spinalflüssigkeit wie im Blutserum nachzuweisen. 6. Im Urin gelingt der Arsennachweis sehr bald nach der Applikation von Natr. cacod. sowohl als nach Salvarsan. 7. Natr. cacod. läßt sich in einer Dosis von 1,0 g ohne Gefahr sowohl intramuskulär wie intravenös zuführen. 8. Die drei Fälle von HUNTINGTONscher Chorea gaben mit dem Blut einen positiven WASSERMANN, zwei auch mit der Spinalflüssigkeit.

W. Lehmann-Stettin.

Liquor cerebrospinalis und Salvarsan, von ALEX. ZALOZIECKI-Leipzig. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Die RAVAUTsche Ansicht, daß Arsen an und für sich in Verbindung mit den Spirochäten im Liquor cerebrospinalis die eigentliche Ursache der Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung sei, wird aus theoretischen Erwägungen und auf Grund klinischer Beobachtung abgelehnt. Die Veränderungen des Liquors bei Theoretikern werden nicht durch Salvarsan hervorgerufen oder verschlimmert, sondern sind Folgen der spezifischen Entzündung, sie können sogar günstig beeinflußt werden. Auch spricht die Heilung der Neurorezidive durch Salvarsan dagegen, daß dieses Mittel durch toxische Wirkung sie hervorruft.

H. Lautsch-Graudenz.

Meningitis spinalis luetica, von BEZDĚK. (Med. Blätter, 1912, S. 174.)

Richard Frühwaldt-Leipzig.

Sekundäre syphilitische Meningitis, von ARTHUR W. M. ELLIS-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Sekundäre syphilitische Meningitis kann im Verlauf der Syphilis frühzeitig auftreten und kann lange Zeit latent verlaufen. Sie stellt eine häufigere Komplikation dar, als gewöhnlich angenommen wird. Die sogenannten Neurorezidive nach Salvarsan sind Beispiele solcher Meningitis. In den meisten Fällen ist das Nervensystem schon ergriffen, bevor die Behandlung beginnt. Die Behauptung, daß Salvarsan in irgend einer Weise die Erkrankung des Nervensystems begünstigt, ist noch nicht bewiesen. Fendt-Wiesbaden.

Über Chorea luetica, von G. FLATAU-Dresden. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Verfasser bespricht die allerdings ziemlich spärliche Literatur zu diesem Thema von KOWALESKYS (1894) erster Publikation an und berichtet über einen $5^1/_2$jährigen Knaben, welcher mit schweren choreatischen Zuckungen zur Aufnahme kam. Derselbe, von unehelicher Geburt, war, $4^1/_2$ Monate alt, an Brechdurchfall und daran anschließend an Hirnhautentzündung erkrankt gewesen; nach neuntägigem Koma setzten sogleich mit dem erfolgten Erwachen charakteristische Bewegungen ein, welche seitdem bestehen geblieben sind und an Intensität zugenommen haben. Die WASSERMANN-Probe am Blut ergab ein positives Resultat. Antichoreatische Behandlung und die zweimalige Injektion von 0,2 Salvarsan blieben erfolglos. Nach lange fortgesetzter Inunktionskur (192 g Quecksilbersalbe) ist im

Digitized by Google

Laufe eines halben Jahres eine ausgesprochene Besserung in körperlicher und geistiger Hinsicht erzielt worden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems, von FRIEDLÄNDER-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 38.) Verfasser hat verschiedentlich Versuche angestellt bei typischer Paralyse und Taboparalysen resp. bei Zerebrospinalsyphilis, um den Krankheitsprozeß durch Tuberkulininjektionen vermöge der fieberhaften Reaktion günstig zu beeinflussen und hat dabei mehrfach günstige Resultate erzielt. Er teilt in Umrissen zwei Krankengeschichten mit (Taboparalyse und progressive Paralyse resp. Lues cerebri), an denen er den Behandlungsmodus und den wohl kaum zweifelhaften Erfolg demonstriert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akromegalische Symptome hervorrufendes Hypophysisgumma, von L. UTHY-Budapest. (Gégészet, Beiblatt der Orv. Ujsag, 1912, Nr. 37.) Ein 52jähriger Mann akquirierte im Alter von 24 Jahren Ulcus durum. 8—10 Wochen später stellten sich auf der Haut, der Kehle, dem Rachen und der Schleimhaut Ausschläge ein. Die Symptome bildeten sich nach 15 Sublimatinjektionen zurück. Kein Rezidiv. In der Ehe wurden ihm vier stark entwickelte Kinder zur normalen Zeit geboren. Seine gegenwärtigen Klagen führt er auf zwei Jahre früher zurück. Seine Arbeitsfähigkeit, seine Kraft, sowohl körperliche als geistige, nahm in starkem Maße ab. Sehr oft bemächtigten sich seiner peinliche, drückende Angstgefühle; auch kleine Arbeiten machten ihn bald müde. Gegenstände, Ereignisse, kleine Dinge vergaß er bald. Nach dem Urteil seiner Angehörigen sind Nase, Ohren, Gesicht und namentlich die Hände größer geworden. Die bisher benutzten Handschuhe sind zu klein, in den Extremitäten fühlte er einen spannenden, drückenden Schmerz. Der gegenwärtige Zustand ist folgender: der Kopf des klein gewachsenen, gut genährten Individuums, aber namentlich sein Gesicht sind im Verhältnis zu den sonstigen Dimensionen des Körpers auffallend dick, fleischig, die Handfläche und die Finger scheinen gedunsen zu sein, die Nase, beide Ohren sind auffallend dick, die Finger sind an der inneren Seite eingebogen, ihre Bewegungen sind schwer wegen des Gefühls des Vollseins. WASSERMANN mit drei Sternen positiv. Tuberkulininjektionen negativ. Das nach energischer Quecksilber- und Jodbehandlung in vier Monaten erreichte Resultat rechtfertigt die Diagnose. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist jetzt gut. Er hat keine spannenden Schmerzen mehr. Die akromegalischen Symptome sind größtenteils zurückgegangen. Die Ohren sind nicht so dick und auseinanderstehend. Die Nase wurde dünner, die Beweglichkeit der Finger ist wieder zurückgekommen, und die alten Handschuhe können wieder gebraucht werden. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Tabes dorsalis mit Gravidität, von FRANZ HECKWOLF-München. (Wien. klin. Rundsch., 1912, Nr. 30.) Die Kranke, die sechsmal geboren hatte, litt seit mehreren Jahren an typischer Tabes dorsalis. Diese hatte aber keinerlei Einfluß auf die Konzeption, und auch die Schwangerschaft verlief normal. Die Frau wurde erst durch den Blasensprung auf den Beginn der Geburt aufmerksam gemacht; diese erfolgte sehr rasch und verursachte der Patientin keinerlei Schmerzen. Doch verursachte das Rückenmarksleiden eine mangelhafte Retraktion der Uterusmuskulatur, und die Frau verblutete. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan, von LEREDDE-Paris. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38 und 39.) Verfasser vertritt entschieden die Auffassung, daß die Tabes nicht eine parasyphilitische, sondern eine spätsyphilitische Affektion darstellt, und daß sie durchaus nicht unheilbar sei, wenn eine geeignete Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird. Als eine solche be-

Digitized by Google

zeichnet er die Darreichung von Salvarsan und Neosalvarsan. Er hat 15 Fälle in der Zeit von Ende 1910 bis April 1912 dieser Behandlung unterzogen und sehr bemerkenswerte Resultate erzielt, zwei Fälle werden sogar glatt als geheilt angeführt. Als unbedingtes Erfordernis für den zu erstrebenden Erfolg ist aber die Verabreichung von ausgiebigen Dosen hervorzuheben. L. gab serienweise eine dreimalige Dosis von 0,6 Salvarsan mit angemessenen Zwischenräumen und wiederholte diesen Turnus nach einer Pause von einem oder einigen Monaten noch ein- bis zweimal. Wo es angezeigt erschien, wurde bei der ersten Injektion nicht die volle Dosis von 0,6, sondern nur die Hälfte verabreicht. Als Richtschnur für das Maß der nötigen Menge Salvarsan resp. Neosalvarsan nimmt L. ein Quantum von 0,01 pro Kilo Patientengewicht (resp. 0,015) an. Die Behandlung soll mit den nötigen Intervallen bis zum Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion fortgesetzt werden, was ihm auch in einigen Fällen gelungen ist. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die juvenile Paralyse, von OTTO KLINEBERGER-Königsberg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 38.) Der Verfasser versteht unter juveniler Paralyse ein klinisch und anatomisch wohl abgrenzbares Krankheitsbild, das meist im zweiten, seltener im ersten oder dritten Lebensdezennium auftritt, bei Individuen, die von seiten ihrer Aszendenz luetisch belastet sind. Im Gegensatz zur gewöhnlichen progressiven Paralyse verläuft die Krankheit sehr viel schleppender und zumeist unter der Form allmählich zunehmender Demenz; männliches und weibliches Geschlecht sind ziemlich in gleichem Prozentsatz befallen. Von der sonstigen Syphilis cerebri unterscheidet sich die juvenile Paralyse besonders durch den Befund des Lumbalpunktats. Hier zeigt sich gewöhnlich eine stark ausgesprochene WASSERMANNsche Reaktion mit Zell- und Eiweißvermehrung, während die letzteren Erscheinungen bei der ererbten Lues cerebri in den Hintergrund treten gegenüber sehr starker positiver WASSERMANN-Reaktion im Blute.

Für die eingehenden pathologisch-anatomischen Mitteilungen muß auf das Original verwiesen werden. Obwohl zurzeit unsere Therapie keinerlei Erfolge bei der juvenilen Paralyse aufzuweisen hat, hofft der Verfasser doch, daß es uns in Zukunft gelingen werde, bei frühzeitiger Beobachtung der Kinder, der Tabiker und Paralytiker, gestützt auf unsere Fortschritte in der Behandlung der syphilitischen Erkrankungen, Erfolge zu erzielen. Lasch-Breslau.

Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörungen, von EDMUND JERZYCKI. (Diss. Kiel 1912.) Die jugendliche Tabes kann meist auf hereditäre Lues zurückgeführt werden, doch vermißt man oft bei einem Teil der jugendlich Erkrankten jeden Anhaltspunkt für diese Annahme. Manche Fälle, die als jugendliche Tabes bezeichnet sind, muß man als FRIEDREICHsche Krankheit bezeichnen. Das auffälligste Symptom bei der hereditären Tabes FRIEDREICHS, die ausgesprochene Ataxie, fehlt oft bei der juvenilen Tabes. Wie bei der Tabes der Erwachsenen, ist auch bei der Tabes juvenilis die Syphilis das hauptsächlichste, vielleicht das einzige ätiologische Moment. Der Verlauf der juvenilen Tabes ist ein durchaus milder; sie läßt sich ebensowenig durch eine antiluetische Kur beeinflussen wie die Tabes der Erwachsenen. In der Mehrzahl der Fälle von juveniler Tabes ist kongenitale Lues die Ursache, zuweilen auch früh erworbene Lues. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von juveniler Tabes mit paranoiden Erregungen. Es handelt sich um einen 17jährigen Jüngling mit Blasenbeschwerden, Blindheit, Pupillenstarre, Sehnervenatrophie, aufgehobenen Patellar- und Achillessehnenreflexen, angedeutetem ROMBERGschen Phänomen und herabgesetzter Schmerzempfindung. Die Sehnervenatrophie muß schon lange vor dem zwölften Lebensjahr begonnen haben, denn mit

Digitized by Google

zwölf Jahren merkten die Lehrer in der Schule eine starke Herabsetzung des Sehvermögens, nach einigen Wochen war der Knabe vollständig blind mit totaler beiderseitiger Sehnervenatrophie. Lancinierende Schmerzen und ausgesprochene lokomotorische Ataxie sind bei der juvenilen Tabes selten. Kongenitale Lues ist aus der Anamnese und den sonstigen Befund überaus wahrscheinlich. Vater Potator strenuus. Patient hat HUTCHINSONsche Zähne, rissig aufgeworfene Lippen, rinnenförmigen Gaumen, angewachsene Ohrläppchen; in frühester Jugend Ausschläge gehabt. Die Tabes dieses Patienten ist dadurch interessant, daß sie mit paranoiden Erregungszuständen verknüpft ist. In der Literatur sind Fälle von Tabes mit psychischen Störungen, die nicht charakteristisch für Paralyse waren, beschrieben. Bei ihnen hat sich doch später eine Paralyse entwickelt. So ist auch bei dem jugendlichen Tabiker des Verfassers die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß sich schließlich eine Paralyse entwickelt. Fritz Loeb-München.

Progressive Paralyse kombiniert mit Meningo-Myelitis marginalis. (Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Paralysis und Syphilis cerebrospinalis), von E. MEYER-Königsberg. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 50, H. 1.) Zwei Fälle von vorwiegend neurologischem Interesse, in denen das ganz besonders reichliche Vorhandensein von Leukozyten im Liquor cerebrospinalis bemerkenswert war, das zuerst den Verdacht auf eine irgendwo bestehende eitrige Affektion im Zentralnervensystem lenkte. Es bestand klinisch und anatomisch das typische Bild einer Paralyse, kombiniert mit spinalen Erscheinungen, die auf eine Meningitis luetica hindeuteten. Details im Original, das auch zahlreiche Abbildungen bringt.

Lasch-Breslau.

Salvarsan und Paralyse, von LUDWIG MEYER-Berlin. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 20.) Verfasser schildert an der Hand einer Krankengeschichte das Entstehen einer Paralyse, trotzdem es gelang, die WASSERMANNsche Reaktion durch spezifische Therapie negativ zu bekommen. V. Caesar-Dresden.

Syphilis-Tilgungsaktion in Bosnien und Herzegowina. (Wien. klin. Rundschau, 1912, Nr. 31—35.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das Luetikerbad Kusatsu in Japan, von E. PAPELLIER. (Dtsch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 31.) In einem anziehenden Feuilleton schildert Verfasser die Kureinrichtungen in dem schon seit dem 16. Jahrhundert als Kurort bekannten quellenreichen Kusatsu. Die wichtigsten Gewässer sind die 60° und 63,9° C heißen sauren Vitriolquellen und Alaun-Vitriolquellen. Gebadet wird bei einer Temperatur von 50° C, was selbst für die Einheimischen eine schwere Prüfung bedeutet und nicht länger als drei Minuten ertragen wird. Die Kur dauert gewöhnlich 5—6 Wochen mit täglich 3—5 Bädern. Allerdings wird die Haut hierbei so stark angegriffen, daß gewöhnlich die ganze Oberfläche schließlich von Epidermis entblößt ist und eine Erholungskur nötig ist. Die Erfolge sollen aber bei Syphilis sehr günstig sein, und auch bei Lepra sollen günstige Wirkungen erzielt werden, sowie bei anderen internen Leiden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung der Syphilis, von D'ARCY POWER-London. (Brit. med. Journ., 22. Juni 1912.) Dieser Vortrag diente zur Eröffnung einer Diskussion über Syphilis in der Royal Society of Medicine und enthält hauptsächlich eine Darlegung der neueren Fortschritte auf therapeutischem und auch diagnostischem Gebiete, namentlich unter Berücksichtigung der Seroreaktion und des Spirochätenbefundes. Verfasser hat Salvarsan auch mit großem Nutzen und ohne erhebliche Schädigungen angewandt. Er benutzt auch mit Vorliebe Injektionen mit der von LAMBKIN emp-

Digitized by Google

tohlenen Mischung: R. Kalomel 5,0 g, Kreosot, Acid. camphor. āā 20 ccm, Palmitin 100 ccm. Statt Kalomel wird auch Hydrargyrum vivum 10,0 bei einer zweiten Formel gesetzt. Mit der ersten Formel werden die Injektionen wöchentlich einmal in Portionen von 0,5 ccm intraglutäal gegeben bis zum Verbrauch von 2 ccm; nach der zweiten Formel gibt man zwei Injektionen in gleicher Weise wöchentlich. Das Sterilisieren der Spritze vor der Injektion geschieht zweckmäßig in siedendem Öl.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie der Syphilis, von D'Arcy Power. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3815.) Verfasser bespricht die Umgestaltung der Syphilistherapie durch die modernen Forschungsresultate; er wendet Salvarsan intravenös ausgiebig an als Unterstützungsmittel des Hg und zu Provokationszwecken (positive Schwankung der Wassermannschen Reaktion). Salvarsan heilt die Symptome; daß es die Krankheit selbst heilt, ist noch nicht bewiesen. Die Hg-Behandlung besteht, wenn angängig, aus intramuskulären Injektionen von Kalomel oder solchen von metallischem Hg, das mit Palmitin verrieben ist, also dem Ol. cin. nahesteht.

Fendt-Wiesbaden.

Die Therapie der Syphilis, von E. Basch-Budapest. (Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 17.) Verfasser bietet eine allgemeine Zusammenfassung allgemein bekannter Tatsachen. 3—4 intravenöse Salvarsaninfusionen sind mit keinerlei Gefahr verbunden. Die klinischen Symptome der Lues werden in vielen Fällen noch rascher und anhaltender geheilt als mit der energischsten Quecksilberbehandlung. Wenn bei dem Patienten keine Kontraindikation vorhanden ist, gibt Verfasser als erste antiluetische Kur 3—4 endovenöse Salvarsaninfusionen zwei Wochen nach der letzten Salvarsaninfusion, und wenn die Behandlung nicht genügend war, setzt er die antiluetische Kur fort, mit Schmierkur, mit intramuskulären Injektionen, nicht nur so lange, bis sämtliche Symptome verschwunden sind, sondern auch eine Zeitlang darüber hinaus. In 2½ Jahren kann und muß man sieben antiluetische Kuren absolvieren. Doch wenn sich Rezidive einstellen, sind um so mehr und längere Kuren notwendig, und da begnügt man sich nicht mit 2½ Jahren, sondern man muß 3—4—5, sogar 6 Jahre behandeln und 8—10—12 antiluetische Kuren vornehmen. Über drei Jahre hinaus kann man zwischen den einzelnen Kuren eine sechsmonatliche Pause halten. Vom zweiten Jahre angefangen, ist es ratsam, die energische antiluetische Kur mit Badekuren zu verbinden. Jodbad, z. B. Lipik, Csis, Bázna, Hall, Tölz usw., Schwefelbad: Budapest, Harkány, Herkulesbad, Pöstyén, Aachen usw., See-, Arsen-, Eisenbäder oder eine gut applizierte Wasserkur. Die Lueskur kann in den günstigsten Fällen erst nach 3½ Jahren als beendet betrachtet werden.

Porosz-Budapest.

Die intensive Behandlung der Syphilis, von Homer F. Swift und A. W. M. Ellis-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Die Vorteile der Frühdiagnose können kaum überschätzt werden. Beim Nachweis der Spirochaeta pallida liefert die Dunkelfeldbeleuchtung die besten Resultate. Der Frühdiagnose hat die Frühbehandlung zu folgen, die am besten aus einigen, vier bis fünf, intravenösen Salvarsaninfusionen und aus einer Reihe von intramuskulären Injektionen unlöslicher Hg-Salze besteht. Hat die Behandlung bei noch negativer Wassermann-Reaktion begonnen, so soll eine solche kombinierte Kur einmal durchgemacht werden; war die Wassermann-Reaktion schon positiv, so ist Wiederholung nötig.

Fendt-Wiesbaden.

Die Therapie der Lues, von K. Preis-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 23.) Ohne Rücksicht darauf, ob die Symptome schwer oder leicht sind, muß die Lues

Digitized by Google

ohne Pause mit einer solchen Intensität und einer solchen Zeitextensität mit sämtlichen zu Gebote stehenden Mitteln behandelt werden, wie sie ohne Gefährdung der Gesundheit möglich ist. Eine starke Quecksilberkur kräftigt den Patienten, eine schwache schwächt ihn, es kann sich sogar zur Lues chronischer Merkurialismus gesellen. Jod soll im ersten Jahr der Lues nur mit Quecksilber zusammen gegeben werden, da sonst Reizsyphilide (?) zustande kommen. Salvarsan allein (ohne Quecksilber und Jod) ist zur Behandlung der Syphilis ungeeignet, sogar direkt kontraindiziert. In den letzten zwei Jahren sind viel mehr gestorben oder Krüppel geworden, unmittelbar oder mittelbar durch Salvarsan, als je zuvor unmittelbar durch die Syphilis. Metalues (Tabes, Paralysis) wird durch Salvarsan nicht geheilt; ob es bei Metalues vorbeugend oder fördernd wirkt, ist noch fraglich. Reinduration der Sklerose kommt auch nach drei intravenösen Injektionen von voller Dosis sehr oft vor, während sie nach ausreichender Quecksilberbehandlung niemals gesehen wird. Die sekundären Syphilide im Munde heilt es rascher als das Quecksilber, weil die auf die Schleimhaut des Mundes geübte reizende Wirkung des Quecksilbers hier wegfällt. Daß sie in zwei bis drei Tagen heilen, ist einfach nicht wahr. Ein Farbenunterschied ist wohl schwer wahrnehmbar, aber das noch bestehende Infiltrat kann herausgefühlt werden. Bei intensiver Quecksilberbehandlung sind zur raschen Heilung der Plaques 10 cg Salvarsan genug, wenn es nach Hinzugabe von 2 Tropfen Alkohol in 2 ccm heißem destilliertem Wasser aufgelöst und tief unter die Rückenhaut injiziert wird. Bei diesem Verfahren läßt es kein bleibendes Infiltrat zurück. In dieser Hinsicht hat das Mittel einen unschätzbaren Wert, weil der Nutzen groß ist und kein Schaden entsteht und von jedem praktischen Arzt angewendet werden kann. Bei Lues maligna ist es unbedingt indiziert. Über Neurorezidive ist Verfasser vorläufig der Ansicht, daß sie die Folgen der durch Salvarsan verwilderten Lues sind. Daß FINGER die meisten Rezidive gesehen hat, kommt daher, daß er die Injektionen prinzipiell umsonst gegeben hat, während bei den übrigen der Patient die teuer erkaufte Taubheit sehr oft zu einem andern Arzt bringt. Auf eine Depotvergiftung können die Neurorezidive nicht zurückgeführt werden, weil die Absorption nach Verlauf einer gewissen Zeit nur minimal ist, abgesehen davon, daß sie auch nach intravenösen Injektionen ebensooft vorkommen. Die WASSERMANN-Reaktion besagt mit Bestimmtheit nur, daß einmal Lues vorangegangen ist. Der Therapie kann sie keine Richtung geben, denn der Patient wird auch bei negativ gewordener Reaktion immerfort, solange es geht, behandelt werden müssen. Die WASSERMANN-Reaktion kann auch rezidivieren. Diskussion: L. BAUER: In den Lehrbüchern für Kinderheilkunde steht bei der Behandlung der Syphilis geschrieben, daß Kalomel gegeben werden soll, aber wie lange, darüber findet sich kein Wort. Kalomel kann man solange als möglich verabreichen, es stellt kein Unheil an. Man fängt mit kleiner Dose an und steigt bis 0,004—0,04, 6—8—10 Wochen. Dann Kalium jodat. Nicht nur die Rezidive, sondern auch die meta- und parasyphilitischen Symptome bleiben aus. E. BASCH: Er hält das Salvarsan nicht für besser als die energischste Hg-Behandlung, aber nur in großen Dosen, denn sonst ist es so viel wert wie das schwache Hg-Mittel. Er bestellt die Patienten monatlich zu sich, und er sah keine einzige Induration. Kommt sie vor, so war die Behandlung schwach. Reinduration und Neurorezidive stellen sich ein, wenn man wenig gibt und ein großes Depot zurückbleibt, nicht absorbiert wird. Auch von intravenösen Injektionen genügt nicht eine. Bei Rachensymptomen kann die lokale Behandlung nur schaden. M. PUNZ: Bei Kehlkopfsyphilis darf man nicht pinseln; nur wenn Infiltrate vorhanden sind und sich

Digitized by Google

trotz der allgemeinen Behandlung nicht rühren, kann man wöchentlich einmal mit Salvarsan behandeln. Besserung tritt rasch ein. Porosz-Budapest.

Über Jodverteilung im syphilitischen Gewebe. (Dritte Mitteilung zur Pharmakologie des Jods) von O. LOEB-Göttingen. (Arch. f. exper. Pathol. etc., Bd. 69, H. 2.) Verfasser hat schon früher in mehreren Arbeiten nachgewiesen, daß bei Zufuhr von Jodalkalien und lipoidlöslichen Jodverbindungen in den gesunden Organismus Gehirn, Rückenmark, Fett und Knochenmark gewöhnlich jodfrei bleiben, und die Muskeln den geringsten Jodgehalt aufweisen. In aufsteigender Linie folgen dann: Leber, Lymphdrüsen, Nieren und Speicheldrüsen, Lunge und Blut, das abgesehen von der Schilddrüse, immer an höchster Stelle steht. Verfasser hatte nun Gelegenheit, bei einem mit Jodnatrium vorbehandelten tertiärluetischen Pat., syphilitisch erkrankte, teilweise erweichte Lymphdrüsen, die durch Operation entfernt worden waren, auf ihren Jodgehalt zu untersuchen. Es ergab sich, daß die syphilitisch erkrankten Drüsen 3,3mal, das erweichte syphilitische Drüsengewebe sogar 6,2mal und das mit erweichtem syphilitischen Gewebe vermengte Blut 4,1mal so viel Jod enthielten als das Blut; es hat also eine Ablenkung des Arzneistoffes in pathologisches Gewebe stattgefunden. Weiter stellte sich heraus, daß der größere Teil des gespeicherten Jods im syphilitischen Gewebe organisch gebunden war, vermutlich in Form einer Jodeiweißverbindung. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der Syphilis, von GAUCHER-Paris. (Med. Press. a Circ., 1912, Nr. 3825.) GAUCHERS Meinung über das Salvarsan ist folgende: Durch seine Fähigkeit, sehr schnell zu vernarben, ist es ein Heilmittel für besondere Fälle. Jede syphilitische Ulzeration jedes Krankheitsstadiums wird sehr schnell geheilt und überhäutet mit größerer Geschwindigkeit, als mit Jod oder Quecksilber; manchmal bleibt jedoch der Erfolg auch aus. Salvarsan besitzt also eine sehr schnell wirkende Fähigkeit zur Vernarbung; das ist aber auch alles. Salvarsan täuscht; es heilt nur für den Augenblick, es bewirkt keine Sterilisation. Seine Eigenschaft, die Entwicklung der Erkrankung zu verzögern macht es zu einem perfiden Heilmittel. Salvarsan soll nur angewendet werden, um zu überhäuten und wenn Quecksilber nicht vertragen wird.

Für die Syphilistherapie bleiben wie bisher Hg und Jodkalium die Heilmittel. Am besten wird Hg in Form von Injektionen löslicher Quecksilbersalze (Hg benzoic. oder bijodat.) gegeben; die zweitbeste Anwendungsform sind die Einreibungen; hierauf folgt die innerliche Verabreichung. Die Behandlung soll vier Jahre dauern, auch wenn die WASSERMANN-Reaktion negativ ist. Die Verheiratung soll erst nach fünf Jahren erlaubt sein. Jodkalium dient als Unterstützungsmittel des Hg. „Die Behandlung mit Quecksilber und Jod ist die Grundlage der Therapie der Syphilis in allen ihren Erscheinungen." Fendt-Wiesbaden.

Über die Abortivbehandlung bei Sklerosen und die Provokationsdiagnostik des Dauererfolges, von ODSTRČIL-Prag. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29 u. 30.) Die beste Abortivbehandlung ist die kombinierte Salvarsan-Quecksilber-Kur. In den Fällen, in welchen die WASSERMANNsche Reaktion nach kürzerer oder längerer Zeit positiv wird, soll sofort die spezifische Behandlung wiederholt werden, ohne den Ausbruch klinischer Erscheinungen abzuwarten. Schourp-Danzig.

Die Verabreichung von Quecksilber; einige weniger gebräuchliche Methoden der Syphilisbehandlung, von D. FRESHWATER-London. (Lancet, 10. Aug. 1912.) Neben den allgemein üblichen Methoden der Syphilisbehandlung mittels Schmierkur, intramuskulären Injektionen und interner Medikation bespricht Verfasser folgende Verfahren als gelegentlich sehr willkommene Ersatzmittel: die intravenöse Injektion, die

Digitized by Google

respiratorische Einverleibung (Maske, Brustschurz, Pflaster), Suppositorien, Kalomeldampfbad und Wasserbäder mit Sublimat oder mit Quecksilberbijodid. Besonders rühmt er die lokale Anwendung des Kalomelgases bei chronischen Ulzerationen, Plaques muqueuses und Onychie; er beschreibt einen zu diesem Zwecke sehr brauchbaren Apparat, bei welchem 0,6 Kalomel im Glasrohr durch die Spiritusflamme vergast wird, worauf durch ein kleines Gebläse die Dünste auf die zu behandelnde Stelle zugetrieben werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Quecksilber bei Syphilis, von W. S. Reynolds-New York. (Med. Record, 15. Juni 1912.) Verfasser glaubt, daß im Salvarsanrausch der heutigen Zeit Quecksilber schon in Vergessenheit gerät und die außerordentlichen Erfolge, die wir oft mit Quecksilber gehabt haben, der Nichtbeachtung anheimfallen. Er hält die Zeit für gekommen, eine Lanze für das Quecksilber zu brechen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

W. Lehmann-Stettin.

Die innerliche Behandlung der Syphilis mit Kalomel in dosi refracta, von L. M. Pautrier. (Bull. méd., 1912, S. 648.) Gibt man 0,2—0,5 Kalomel auf einmal, so zeigt sich nur eine purgative Wirkung. Gibt man aber 0,2 in 10 Teilen, so entstehen Erscheinungen einer leichten Quecksilbervergiftung und syphilitische Hauterscheinungen verschwinden. P. hat nun eine Reihe von Kranken behandelt, indem er 6—10mal zweistündlich 0,02 Kalomel verabreichte und diese Kur durch 3—4, höchstens 8 Tage fortsetzte. Die Wirkung auf die syphilitischen Manifestationen war rasch und prompt. Jodkalium darf nicht gleichzeitig gegeben werden; Mundpflege ist äußerst wichtig.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Stellung von Quecksilber und Salvarsan in der Syphilistherapie, von Abner Post-Boston. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktob. 1912.) Quecksilber muß auch in Zukunft in der Syphilistherapie beibehalten werden, da es von Nutzen ist, wenn die Anwendung von Salvarsan schwierig oder kontraindiziert ist; es kann schaden, wenn es in übermäßigen Dosen angewandt wird; in richtigen Dosen angewandt ist es von Nutzen und kann Heilung bewirken.

Salvarsan ist dankbar anzunehmen, denn früh genug angewandt, scheint Abortivbehandlung möglich zu sein, besonders mit Unterstützung des Quecksilbers. Es beseitigt die Symptome in vielen Fällen, in denen Hg versagt. Die unglücklichen Folgen fallen wenig ins Gewicht gegen die glücklichen Erfolge.

Fendt-Wiesbaden.

Behandlung der Mutter mit Sublimat zur Beeinflussung von Ernährungsstörungen des Säuglings, von S. V. Haas-New York. (Arch. of Pediatrics, Juli 1912.) Daß die Frage, ob Sublimat überhaupt durch die Muttermilch ausgeschieden wird, noch vollkommen ungelöst ist, zeigt Verfasser an der einschlägigen Literatur; daß aber der Säugling davon beeinflußt wird, wenn die Mutter mit Sublimat behandelt wird, hat er verschiedentlich beobachten können. Der Einfluß auf die hereditäre Syphilis des Säuglings ist gering, aber nachweisbar, dagegen ist die Gewichtszunahme und Besserung aller Symptome bei den verschiedensten Ernährungsstörungen, insbesondere beim Brechdurchfall ganz auffällig, ganz besonders auch bei den Fällen, bei denen weder bei der Mutter noch bei dem Kind Syphilis vorhanden war. In einigen Fällen ist auch Säuglingsekzem prompt gebessert worden, wenn der Mutter Sublimat gegeben wurde. Verordnet wurde Sublimat in Tabletten 3mal täglich 0,002 g.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung der Syphilis, von J. Mc Namara-London. (Brit. med. Journ., 10. Aug. 1912.) Verfasser hält die Verwendung von Sublimat für die ungeeignetste Form der Darreichung von Quecksilber, namentlich, wenn dabei ein an Kalksalzen

Digitized by Google

reiches, hartes Wasser verwendet wird. Er zieht die Pillenform, Hydrargyrum cum creta als wesentlich wirksamer vor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der Syphilis, von J. Bain-South Shields. (Brit. med. Journ., 31. Aug. 1912.) In einer kurzen Bemerkung tritt B. für die Verwendung von Sublimat ein; man müsse nur nicht zu kleine Dosen geben und stets, um Brechneigung zu verhindern, Ammonium chloratum und Kalium chloricum hinzusetzen. Er empfiehlt folgendes Rezept: Liq. hydrarg. perchlorid. concent. (P. B.) 15,0; Kalii chloric. 6,0; Ammon. chlorat. 15,0; Tinct. card. cps. 4,0; Sirup. simpl. 30,0; Aq. dest. ad 250,0. S. 3mal tgl. 1 Eßlöffel voll, ½ Stunde nach der Mahlzeit. Die Mischung gibt 0,015 Sublimat in jeder Dosis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Intramuskuläre Quecksilber-Salizylat-Injektionen bei Syphilis, von J. L. Wollheim-New York. (New York med. Journ., 27. Juli 1912.) W. hat die Erfahrung gemacht, daß, wie bei allen unlöslichen Quecksilberpräparaten, so auch beim Salizylquecksilber in etwa 50% der Fälle ziemlich heftige Schmerzen vorhanden und ebenso schmerzhafte Indurationen die Folge sind. Durch Zusatz von Chinin und Harnstoff (je 1%) werden die Injektionen und Indurationen weniger schmerzhaft; beides sind keine toxischen Substanzen und beeinflussen in keiner Weise die therapeutische Wirkung des Quecksilbers auf die Syphilis. W. machte mit fünf verschiedenen Herstellungsarten dieser Mischung von Salizylquecksilber mit Chinin und Harnstoff Versuche und glaubt, daß die zuletzt, völlig aseptisch dargestellte, wo Wollfett (anhydrit) zu 20% und Paraffin. liquid. ad 100,0 verwendet werden, die am besten zu gebrauchende und sicherste ist. Während hier die Sterilisation vor jeder Injektion unnötig ist, dürfte bei der ersten Lösung, welche dieselben Substanzen in der gleichen Menge enthält (aber ohne vorherige Sterilisation der einzelnen Gefäße und Substanzen), eine solche angezeigt sein. Nach den Erfahrungen an über 700 Injektionen kann W. die Anwendung seiner Suspensionen nur aufs beste empfehlen. Stern-München.

Embarin, ein neues Antisyphilitikum, von Heinrich Löb-Mannheim. (Med. Klinik, 1911, Nr. 48.) Embarin (hergestellt von der chemischen Fabrik von Heyden) ist eine Lösung von merkurisalizylsulfosaurem Natrium + ½%igem Akoin und enthält in einem ccm 0,03 g Hg; es wurde von Löb ausprobiert und zeigte eine schwächere toxische Wirkung als die anderen löslichen Hg-Präparate, so, daß Tiere die doppelte Dosis Hg vertrugen; bei der Injektion sehr geringe Tendenz zur Einschmelzung; trotz der geringen Schmerzhaftigkeit wurde ½%iges Akoin gleich 0,005 g pro ccm zugesetzt.

Der Verfasser sah unter hundert Fällen fast nie unangenehme Nebenwirkungen (gelegentlich geringe Temperatursteigerung bei besonders sensiblen Patienten), keine Infiltrate oder Abszesse, so daß er die Injektionen nicht nur ins Gesäß, sondern auch in die Haut resp. das subkutane Gewebe am Rücken, in die Oberschenkel, Arme usw. machen konnte, ohne größere lokale Reaktionserscheinungen hervorzurufen. Nachdem einmal durch eine halbe Spritze bei dem Patienten die Verträglichkeit festgestellt war, machte der Verfasser in der ersten Woche täglich, dann jeden zweiten Tag Einspritzungen in der Dosis von 1,2 ccm durchschnittlich 15—20, so daß bei 15 Einspritzungen in 23 Tagen 0,54 g Hg einverleibt wurden; Stomatitis, Nierenreizungen, Intestinalstörungen wurden nie beobachtet. Die Hg-Ausscheidung durch den Urin setzt nach einigen Tagen kräftig ein, bleibt dann konstant und sinkt nach Beendigung der Kur schnell auf ein Minimum, und es bleiben wohl nur ganz geringe Mengen Hg in den Organen aufgespeichert. Natürlich läßt sich

Digitized by Google

die Behandlung mit jedem anderen Hg-Salz kombinieren, wobei man den Hg-Gehalt der einzelnen Präparate berücksichtigen muß.

Der Heileffekt war in den meisten (auch in einigen gegen andere Hg-Präparate refraktären) Fällen sehr gut, wenn natürlich einzelne Fälle auch auf Embarin nicht reagierten; Rezidive in bald längerer, bald kürzerer Zeit. Auch bei der Kombination von Salvarsan und Embarin, gleichgültig, ob das Salvarsan vor oder nach dem Embarin gegeben wurde, war der Erfolg innerhalb von 3 Wochen (das ist die durchschnittliche Dauer der Embarinbehandlung) stets ein sehr günstiger; auch bei florider Lues II schwanden alle Erscheinungen und die WASSERMANN-Reaktion wurde negativ.

Für die Abortivbehandlung empfiehlt LÖB folgendes Schema: Exzision des Primäraffekts; am nächsten Tage 0,5 Salvarsan intravenös, dann 7—16 Embarininjektionen, darauf eine zweite Salvarsaninjektion, und nach weiteren zwei Wochen noch eine dritte Salvarsaninjektion. Die Erfolge waren, besonders wenn die Kur bei noch negativer WASSERMANN-Reaktion begonnen wurde, sehr ermutigend; denn in 10 Fällen sah der Verfasser bei einer Beobachtungszeit von 2—9 Monaten nie sekundäre Erscheinungen.

Das Embarin kommt als hellgelbe klare Lösung in Ampullen zu 1,2 ccm in den Handel.

Verfasser teilt noch 2 Fälle von anscheinender Idiosynkrasie mit: einmal trat nach der siebenten Injektion unter leichter Temperatursteigerung mit Angina und mäßigen Schmerzen ein großfleckiges Exanthem auf, und im zweiten Falle unter leichter Temperatursteigerung neuritische Beschwerden; in beiden Fällen erfolgte nach Aussetzen des Mittels schnelle Heilung, und die dann gegebenen Hg-Präparate wurden gut vertragen. Vielleicht lag die Schuld am Akoin.

Lasch-Breslau.

Der Wert des Quecksilbers und Salvarsans vom serologischen Standpunkt aus, von HOWARD FOX-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktob. 1912.) Im primären Stadium der Syphilis, besonders wenn die WASSERMANN-Reaktion noch negativ ist, ist Salvarsan ein sehr schätzenswertes Heilmittel sowohl vom serologischen als vom klinischen Standpunkt. Wiederholte intravenöse Injektionen in diesem Stadium lassen in einem beträchtlichen Prozentsatz Abortivheilung erwarten. Durch alleinige Hg-Behandlung sind solche Erfolge nie erzielt worden. Die abortive Methode wird noch wirksamer sein, wenn eine Kombination beider Arzneimittel stattfindet. Die serologischen Resultate bei Hg- oder Salvarsanbehandlung in späteren Stadien der Erkrankung zeigen keinen deutlichen Unterschied zugunsten eines der beiden Heilmittel.

Fendt-Wiesbaden.

Über Kupierung initialer Syphilis mit Salvarsan, von J. FABRY und E. JERZYCKI-Dortmund. (Med. Klinik, 1912, Nr. 5.) Die Verfasser hatten von Beginn der Salvarsanära bis Anfang September 1911 (d. h. im Laufe eines Jahres) Gelegenheit, 132 Männer mit initialer Syphilis zu behandeln; sie berichten in der vorliegenden Arbeit nur über 50 Fälle, die sie lange genug in Beobachtung behalten konnten, um ein Urteil zu fällen. Die Verfasser teilen ihre Fälle in drei Gruppen. 1. Fälle von Syphilis primaria, zum Teil nur mit Salvarsan, zum Teil kombiniert mit Salvarsan und Hg behandelt, die während der Beobachtungszeit keine syphilitischen Manifestationen zeigten und stets WASSERMANN-Reaktion aufwiesen (35 Fälle). 2. Fälle von Syphilis primaria, die bei derselben Behandlungsweise wie Gruppe I zwar keine klinischen Symptome hatten, wohl aber positive WASSERMANN-Reaktion zeigten (5 Fälle). 3. Fälle von Syphilis primaria, die, ebenfalls wie

Digitized by Google

Gruppe I behandelt, Rezidive aufwiesen (10 Fälle). Selbst wenn man diese Zahl 10 voll gelten läßt, obwohl die Verfasser geneigt sind, zwei wegen eventueller Reinfektion auszuschalten, sind die Resultate überraschend gute, zumal keine sehr hohen Dosen oder häufigen Injektionen zur Anwendung kamen. Wenngleich die intramuskuläre bzw. subkutane Methode bessere Resultate zu geben scheinen für die Kupierung als die intravenöse, sind die Verfasser völlig davon abgekommen wegen der großen lokalen Beschwerden und empfehlen jetzt als zweckmäßigste Methode, sofort nach Sicherstellung der Diagnose durch Spirochätennachweis, event. durch WASSERMANN-Reaktion, neben energischer lokaler Behandlung der Sklerosen, eine kombinierte Hg-Salvarsan-Behandlung einzuleiten, beginnend mit 0,4—0,6 Salvarsan (je nach dem Körpergewicht, Alter und Allgemeinbefinden), und diese Dosis nach 3—14 Tagen einmal zu wiederholen; daneben oder danach Hg-Behandlung, und zwar Kalomel oder LANGsches graues Öl oder Merkinal oder Hg salicyl. Bei dieser Methode hoffen die Verfasser ihre Resultate noch verbessern zu können. Große Bedeutung legen F. und J. natürlich der häufig wiederholten WASSERMANN-Reaktion bei, die nicht allzuschnell nach Beendigung der Kur vorgenommen werden soll, und deren negativer Ausfall natürlich um so wertvoller und maßgebender ist, je größer der Zeitraum zwischen der Beendigung der Kur und der WASSERMANN-Reaktion ist. Lasch-Breslau.

Salvarsan während der Schwangerschaft, von HAROLD J. LEVIS-Rochester, N. Y. (Journ. amer. med. assoc., 24. August 1912.) 30jährige Patientin wurde von ihrem Mann ungefähr im vierten Schwangerschaftsmonat infiziert. Am Ende des achten Schwangerschaftsmonats war sie in einem erbärmlichen Zustand: Exanthem, intensive Angina, Dolores osteocopi, ständiger Kopfschmerz. 0,6 Salvarsan intravenös war von wunderbarer Wirkung. Etwa drei Wochen später fand eine zweite Salvarsanbehandlung statt. Am folgenden Tage wurden gesunde Zwillinge geboren, die auch bei späterer Untersuchung kein Symptom hereditärer Lues zeigten. Diesen günstigen Ausgang schreibt Verfasser der Salvarsanbehandlung zu.

Fendt-Wiesbaden.

Ausscheidung von Salvarsan durch den Urin, von J. ESCALLON. (Lyon méd., Bd. 119, S. 377.) Verfasser hat mit der ABELINschen Methode die Ausscheidung des Salvarsans studiert. Er fand zwei Ausscheidungsmaxima: eines bei Beginn der Ausscheidung, 4—5 Stunden nach der Injektion, das andere 20—28 oder 46 bis 48 Stunden später. Die Dauer der Ausscheidung und die ausgeschiedene Menge Salvarsan steigt mit der Zahl der Injektionen. Richard Frühwald-Leipzig.

Ergebnisse der Salvarsanbehandlung im österreichisch-ungarischen Heere, von J. MOLDOVAN-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 35 u. 36.) In dieser Arbeit sind die Resultate besprochen, welche bei 2284 Militärpersonen im Alter von meist 22—25 Jahren durch eine einmalige intraglutäale Einspritzung von 0,6 Salvarsan in saurer Lösung erzielt wurden. Die Injektionen wurden von vielen in den verschiedenen Garnisonen verteilten Ärzten ausgeführt, aber unter Beobachtung einer einheitlichen Vorschrift, wie sie hier im Detail angegeben ist. Von der Gesamtzahl befanden sich 492 im Primärstadium; unter ihnen werden 246 klinisch als geheilt geführt, während bei weiteren 39 die Seroreaktion nachweislich positiv blieb resp. wurde; Rezidive werden 48 angegeben, während über das Resultat bei den anderen Patienten bestimmtes nicht zu sagen ist. Ähnlich günstig waren die Ergebnisse auch bei Patienten in den späteren Stadien, wie sich aus den tabellarischen Zusammenstellungen ergibt. Im ganzen waren also die Erfolge ungemein befriedigend. Todesfälle sind nicht beobachtet. Neurorezidive sind 10 gemeldet; dieselben gingen

Digitized by Google

ausnahmslos auf Hg oder eine neuerliche Salvarsantherapie zurück. Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen trat allerdings vielfach als Nachteil hervor, war aber meist nicht intensiv genug, um als Kontraindikation zu gelten, und war oft sogar als nur gering bezeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Frage des Salvarsanfiebers, von L. Auszterveil-Arad. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 14.) Verfasser geht im Sinne der Wechselmannschen Methode vor; er filtriert durch ein Porzellanfilter das Wasserleitungswasser, destilliert das Keime kaum mehr enthaltende Wasser. Hierauf kocht er es eine halbe Stunde lang nach Zugabe der Merckschen Kochsalztablette und bereitet daraus die Salvarsanlösung. Er führt ferner die intravenöse Injektion bei strengsten aseptischen Kautelen aus; nach der Injektion bleibt die Reaktion, ausgenommen bei sklerotischen und frischen sekundären Fällen, zumeist aus. Bei den bis September vorigen Jahres an 105 Individuen 120mal vorgenommenen intravenösen Injektionen folgte ohne Ausnahme Fieber, manchmal eine Temperaturerhöhung bis 40, sogar 41°, und auch die anderen Symptome, wie Schüttelfrost, Erbrechen, Diarrhöe usw. blieben nicht aus; seit September stellte sich nach 75 an 63 Individuen vorgenommenen Injektionen nur sechsmal (in drei primären und drei sekundären Fällen) Fieber ein, und auch von den anderen Symptomen der Reaktion trat Erbrechen und Diarrhöe nur sporadisch auf, die intravenöse Injektion kann ohne Bedenken auch ambulanter gegeben werden; es genügt, wenn man den Patienten nach der Injektion noch 3—4 Stunden beobachtet. Bei mehr als 200 ambulant behandelten Fällen waren keinerlei Unannehmlichkeiten zu bemerken. Porosz-Budapest.

Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie, von M. Oppenheim-Wien. (Österr. Sanitätswesen, 1912, Nr. 10.) Nach Angabe der wichtigsten Literatur kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß das Quecksilber als das wichtigere, das Salvarsan als das energischere Mittel zu bezeichnen ist. Wichtiger sei das Quecksilber deshalb, weil wir die Pflicht haben, alle Syphilisfälle womöglich mit Quecksilber zu behandeln; mit Salvarsan allein werden wohl heute nur wenige Syphilidologen gegen die Syphilis vorgehen, dagegen viele mit beiden Mitteln gleichzeitig. Das Quecksilber darf also bei keiner richtig behandelten Syphilis fehlen. W. Chrzelitzer-Posen.

Etwas über den heutigen Stand der Salvarsanfrage, von Julius Grünberg-St. Petersburg. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 17.) Zusammenfassende Übersicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsanfälle, von W. Goldzieher-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 14.) Auf dem rechten Auge eines jungen Arbeiters war überhaupt kein Lichtgefühl, auf dem linken Auge war es schwach und unsicher. Beide Augäpfel waren stark injiziert, die vordere Kammer war sehr trüb, das Irisgewebe locker, die Pupille eng. Kreisrunde Synechia, die Oberfläche der Iris ist ein wenig erhaben, Exsudatbelag in den Pupillen, Tension ist sehr hoch (Tonometer 45 mm). Also ein hochgradiges Glaucoma secundarium in solchen Augäpfeln, die schon lange an Iritis leiden. Riesige Schmerzen. Patient wurde narkotisiert. Das Ausscheiden der Iris ist aber nicht gelungen, das zerfallende Irisgewebe konnte mit der Pinzette durchaus nicht gefaßt werden. Infolge der breiten Punktion besserte sich einigermaßen der Zustand, insofern sich die Schmerzen gelindert haben. Der Patient litt nach seiner eigenen Angabe an einer luetischen Erkrankung. Er bekam 0,45 cg Salvarsan intravenös. Der lokale Zustand der Augen besserte sich sichtlich; nach 13 Tagen bekam er die zweite Salvarsaninjektion (0,35). Seither ist die Besserung des Zustandes konstant. Die äußeren entzündlichen Erscheinungen haben aufgehört, Kornea und vordere

Digitized by Google

Kammer sind rein, die Pupillen einigermaßen erweitert, die Synechien an die Linse angewachsen, das Gewebe der Iris hat ein normales Aussehen erlangt. Der intraokulare Druck hat abgenommen, die Visur des linken Auges ist gegenwärtig $^5/_{10}$, der Augengrund ist mit dem Augenspiegel sichtbar. Das rechte Auge kann noch nicht durchleuchtet werden, nur in der äußeren Hälfte des Gesichtsfeldes ist ein tiefes Lichtgefühl. Das Ohrenleiden besserte sich entschieden. Durch Vornahme der Iridektomie wird vollkommene Heilung eintreten. — Auf dem linken oberen orbitalen Rande eines 30 jährigen Mannes saß ein ungefähr apfelgroßes, schon im Zerfallen befindliches Gumma. In der Gegend der Schilddrüse war ein faustgroßes, knotiges, gummöses Gebilde. In der Abteilung für Laryngologie fand man noch eine Chondritis. Der syphilitische Ursprung war vollkommen sicher. Intravenöse Salvarsaninjektion wurde vorgenommen, worauf das orbitale Gumma in einigen Tagen abgeheilt ist, die Gummata in der Gegend des Kehlkopfes wurden augenscheinlich kleiner. Die Wirkung des Salvarsans ist um so sicherer, je sicherer der syphilitische Ursprung des Augenleidens ist. Porosz-Budapest.

Zur Salvarsanbehandlung, von Henry H. Morton-New York. (New York med. Journ., 31. Aug. 1912.) Übersichtliche Zusammenstellung über den jetzigen Stand der Salvarsanbehandlung nebst Anführung von 50 selbstbehandelten und tabellarisch geordneten Fällen. Wenn auch die völlige Heilung mit einer oder mehreren Salvarsaninjektionen nicht festgestellt sei, so bilden dieselben doch in Gemeinschaft mit Quecksilber eine sichere Basis für die Behandlung. Die intravenöse Methode, nach deren Ausführung M. 48 stündige Bettruhe fordert, sei wohl neben den seltenen Fällen, wo die intramuskuläre indiziert sei, beinahe mehr der einzige Weg der Salvarsaneinverleibung, und hierbei wegen der damit verbundenen Gefahren ambulatorische Behandlung zu verwerfen. Stern-München.

Das Salvarsan in der heutigen Syphilistherapie, von C. Bruhns-Charlottenburg. (Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1912.) Der Verfasser beschäftigt sich vor allem mit den Schädigungen durch das Salvarsan, und resumiert zum Schluß die wichtigsten Punkte seiner Ausführungen: Die Neurorezidive erscheinen seit der Salvarsanbehandlung in der Frühperiode der Syphilis vermehrt. Er glaubt, daß Salvarsan eine gewisse Prädisposition im Nervensystem für das Zustandekommen der Neurorezidive im Frühstadium schaffen kann. Er will diese Therapie bei dem gleichen Patienten noch nicht so oft hintereinander angewendet wissen. Andererseits muß festgehalten werden, daß die Häufigkeit der Neurorezidive im Verhältnis zur Salvarsanbehandlung überhaupt keine allzu große ist, und daß die momentanen ausgezeichneten Wirkungen des Medikamentes doch in vielen Fällen von großem Werte sind.

Die kombinierte Therapie ist zu empfehlen. In Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems sollte das Salvarsan nur vorsichtig und in kleineren, nacheinander gegebenen Einzeldosen verabreicht werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Behandlung der Lues im Kindesalter mit Salvarsan, von E. Kovács-Szeged. (Gyógyászat, 1912, Nr. 15.) Verfasser behandelte zwölf luetische Kinder mit Salvarsan; elf davon litten an Erbsyphilis, eins hingegen an erworbener Lues. Sieben Kinder waren noch unter 1 Jahre, eins war $1^1/_2$, zwei 2, eins 6 und eins 12 Jahre alt. Bei allen wendete K. intramuskuläre Injektion an mit Wechselmann-scher neutraler Suspension; die Größe der Dose wurde nach dem Körpergewicht (auf 1 kg 0,01 g Salvarsan) gegeben. Verfasser war nach Möglichkeit bestrebt, daß der Umfang der injizierten Flüssigkeit so gering als möglich war. So gab er bei Säuglingen nicht mehr als 3, bei größeren Kindern nicht mehr als 5 ccm. Infil-

Digitized by Google

trationen traten nur sehr mäßig auf, Nekrose beobachtete er niemals. Die Injektionsstelle war schon am nächsten Tage etwas gedunsen. Die Gedunsenheit stieg einige Tage und verschwand nach mehrwöchentlichem Bestande allmählich wieder. Am zweiten oder dritten Tage trat eine geringe Temperaturerhöhung auf, die aber in keinem Falle 38,5° erreicht hat, jedoch konnte man bei jedem Säugling vom zweiten Tage an geringe Dyspepsie beobachten, welche nach einigen Tagen diätetischer Behandlung wieder verschwand. Der Urin wurde jeden Tag untersucht, aber Albumen wurde niemals gefunden. Eine schädliche Wirkung des Salvarsans auf das Nervensystem und die Sinnesorgane konnte ebensowenig beobachtet werden. Am dritten Tage fängt das Exanthem an abzublassen, und auf der Hautoberfläche ist eine milde Abschilferung zu sehen. Nach 5—6 Tagen ist — mit Ausnahme der Sohlen — die ganze Haut gereinigt. Mit ähnlicher Schnelligkeit geht die Heilung der Plaques und Rhagaden vor sich. Zur Heilung der Coryza braucht man 2—3 Wochen. Besonders hervorstechend ist die Wirkung des Salvarsans beim Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen. Auch die kondylomatösen Rezidive der kongenitalen Lues sind mit Salvarsan heilbar, und zwar in 2—3 Wochen. Mit der Besserung der lokalen Symptome geht die Zunahme des Körpergewichts parallel. Bei Quecksilberbehandlung läßt die Zunahme lange auf sich warten. Rezidive sind ebenso häufig wie bei Quecksilberbehandlung; in drei Fällen traten sie auf nach 2—4—7 Monaten. Im ganzen rezidivierte ein Drittel der Fälle. Bei zwei Rückfälligen wiederholte Verfasser die Salvarsaninjektion.

Porosz-Budapest.

Salvarsan bei Säuglingen und kleinen Kindern, von L. E. La Fétra-New York. (Arch. of Pediatrics, Sept. 1912.) Unter 15 Fällen hereditärer Syphilis, die mit Quecksilber behandelt wurden, starben zehn, und nur drei zeigten deutliche Besserung ihres Zustandes. Von zehn mit Salvarsan behandelten Fällen starben nur zwei und alle übrigen zeigten rasche und erhebliche lokale und allgemeine Besserung. Um diese Resultate zu erreichen, ist es aber notwendig, daß das Kind selbst mit Salvarsan behandelt wird; die indirekte Behandlung auf dem Wege der Salvarsaninjektion, die der säugenden Mutter gegeben wird, ist zwar wertvoll und sollte, wenn möglich, zur Unterstützung herangezogen werden, ist aber nicht immer zuverlässig. Auch bei kleinen Kindern ist die intravenöse Injektion der beste Weg, und zwar sollte man nie weniger als 0,01 g pro Kilogramm Körpergewicht geben. Meist sind wiederholte Injektionen und auch die Kombination mit Hg notwendig. Die Wassermannsche Reaktion sollte noch jahrelang verfolgt werden, obwohl sie in den seltensten Fällen definitiv verschwindet. W. Lehmann-Stettin.

Die mit Salvarsan und Neosalvarsan auf die Wassermannsche Reaktion zu erzielende Wirkung, von J. E. R. Mc Donagh-London. (Brit. med. Journ., 8. Juni 1912.) An einigen (acht) fortlaufend kontrollierten Fällen demonstriert Verfasser das Negativwerden der Seroreaktion im Laufe einer Salvarsanbehandlung und betont, daß man heutigen Tages einen Fall von Syphilis nicht wie früher als geheilt schon betrachten darf, sobald die klinischen Symptome während eines gewissen Zeitraumes ausgeblieben sind, sondern daß die negative Seroreaktion, namentlich nach der provokatorischen Salvarsandarreichung conditio sine qua non für die Annahme einer Heilung bildet. Für die meisten Fälle hat Verfasser 3—7 Injektionen hinreichend gefunden; er betont aber ausdrücklich die große Verschiedenheit in bezug auf die Gravität der Infektion bei den einzelnen Fällen. Das Neosalvarsan hat ihm in manchen Fällen von tertiärer Lues, welche auf Salvarsan nicht reagierten, sehr gute Dienste geleistet. Er empfiehlt auch, eine provokatorische Injektion von Neo-

Digitized by Google

salvarsan bei allen als geheilt entlassenen Fällen 6—12 Monate nach Abschluß der Behandlung zu geben und das Blut dann fünfmal zu prüfen, nämlich 48 Stunden, 7, 14, 21 und 28 Tage nach der Injektion. Verfasser konstatiert schließlich, daß er mit allen seinen Injektionen niemals üble Nebenerscheinungen und auch keine Rückfälle erlebt hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Anwendung von Salvarsan bei Nasen- und Halskrankheiten, von C. R. C. BORDEN-Boston. (Journ. amer. med. assoc., 21. Sept. 1912.) Bei syphilitischen Nasen- und Halskrankheiten übt Salvarsan eine zauberhafte Wirkung aus; doch ist auch noch Quecksilber und Jodkalium neben Salvarsan anzuwenden.

Fendt-Wiesbaden.

Salvarsan, von PATTERSON. (Military Surgeon, Mai 1912.) Verf. spricht sich entschieden für die kombinierte Behandlung aus; Quecksilber sollte neben dem Salvarsan noch ganz regelmäßig gebraucht werden. Wenn auch die intravenöse Zuführung des Salvarsans die beste Methode ist und stets im Anfang zu verwenden, sollte am Schlusse einer Kur, besonders bei Fällen, die älter als drei Monate sind, eine intramuskuläre Injektion angeschlossen werden; diese soll nicht, wie empfohlen, in die Lumbalmuskulatur, sondern in die Glutäen gemacht werden; Verfasser hat gute Erfolge von öligen Suspensionen gesehen. Erkrankungen von Auge und Ohr stellen seiner Meinung nach keine Kontraindikationen der Salvarsanbehandlung dar.

W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan, von J. JEFFERISS-Gillingham. (Brit. med. Journ., 15. Juni 1912.) Ganz kurzer Bericht über einen Patienten, der auf die intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan durch das Verschwinden von hartnäckigen katarrhalischen Erscheinungen am Respirationstraktus freudig überrascht wurde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Salvarsan, von O. ROSENTHAL-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 25.) Zur Technik der Salvarsananwendung will Verfasser nur die intravenöse Einverleibung zulassen, weil dabei die Schädlichkeiten geringer und in gewissen Grenzen zu halten seien. Bei hereditärer Lues der Neugeborenen ist daher ganz von dem Salvarsan abzusehen, da intravenöse Infusion nur äußerst selten gelingt. Den Hauptgrund für die unangenehmen Allgemeinerscheinungen, die verschiedentlich bei Salvarsananwendung auftreten, sieht er nicht in freiwerdenden Toxinen, sondern in einer Überempfindlichkeit gegen die sich bildenden Produkte des Salvarsans. Die nach längerer Zeit auftretenden Neurorezidive erklärt er als Arsenikschädigungen der Nerven mit anschließender syphilitischer Erkrankung der bereits geschädigten Nerven, in denen gewissermaßen ein Locus minoris resistentiae geschaffen ist. Als das wirksame Prinzip des Salvarsans sieht R. lediglich den Arsenik an, der im Salvarsan in verhältnismäßig großer Menge unschädlich dem Körper einverleibt werden kann, andere Eigenschaften als Arsenwirkung müssen dem Salvarsan abgesprochen werden, was R. besonders NEISSER gegenüber nachdrücklich betont.

Die abortive Wirkung des Salvarsans in ganz frischen Fällen ist zum mindesten noch nicht durch genügend lange Beobachtungszeiten bewiesen, jedenfalls sollte man sich auf das Mittel allein nicht verlassen.

Im ganzen erscheint das Salvarsan als wertvolle Bereicherung des Heilmittelschatzes gegen Syphilis, es wird aber die anderen Mittel, besonders das Quecksilber, nicht im geringsten verdrängen können, da dies bisher das einzige ist, von dem man bestimmt weiß, daß es die Syphilis in der Mehrzahl der Fälle zu heilen vermag. H. Lautsch-Graudenz.

Digitized by Google

Weitere Erfahrungen mit Salvarsan, von SCHMITT-Würzburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Verfasser hat folgende Erfahrungen mit der Salvarsanbehandlung gemacht: Bei frisch akquirierter Lues und wenn floride Erscheinungen bestehen, wird die Behandlung mit einer oder mehreren Salvarsaninfusionen eingeleitet. Das hat den Zweck der Abtötung großer Spirochätenmengen. Im Anschluß daran energische Hg-Behandlung, um die noch vorhandenen Spirochäten zu treffen oder aus versteckten Herden ausbrechende Spirochäten an einer Überschwemmung des Organismus zu verhindern. Dabei ist sehr vorteilhaft HgCl oder Ol. ciner. Im weiteren Verlauf Behandlung unter Kontrolle der WASSERMANN-Reaktion chronisch intermittierend. Eine Salvarsanbehandlung mit vorsichtiger Dosierung hält er bei jedem Fall für angebracht und zulässig. Kobligh-Dresden.

Beiträge zur Salvarsanbehandlung der Syphilis, von ALEXANDER HACCIUS-Tübingen. (Med. Klinik, 1912, Nr. 33.) Die vorliegende Arbeit verdient eine etwas ausführlichere Besprechung als die übrigen in der letzten Zeit über dasselbe Thema erschienenen, weil die darin bekanntgegebenen Erfahrungen weit mehr den Praktiker interessieren müssen; denn die Versuche des Verfassers rechnen mit den Verhältnissen, wie sie in der weit überwiegenden Mehrzahl in praxi anzutreffen sind und nicht die in vieler Hinsicht abnorm günstigen Bedingungen, unter denen die klinischen Institute arbeiten, zur Voraussetzung haben. Mit Recht betont der Verfasser, daß man die Hoffnung mit der Einführung des Salvarsans, die Therapia magna sterilisans erreicht zu haben, wohl jetzt allerorten zu Grabe getragen habe. Die dieser Erkenntnis gefolgten Wandlungen der Anschauungen haben nun zuerst zu einer Kombination von Salvarsan mit der von den meisten Laien so gefürchteten Hg-Behandlung, und dann zu einer solchen Anhäufung von Salvarsaninjektionen geführt, daß die Hoffnung, eine erfolgreiche Syphilisbehandlung milde, nicht zu lange und unter nicht allzu drückenden finanziellen Opfern durchführen zu können, illusorisch geworden ist.

Mit um so mehr Freude sind Mitteilungen wie die vorliegende zu begrüßen, in welcher der Verfasser dem Salvarsan volle Würdigung widerfahren läßt und von überraschend guten Erfolgen berichten kann, obwohl die Kur in der Mehrzahl der Fälle nur aus zwei Salvarsaninjektionen a 0,4 in ziemlich kurzen Intervallen bestanden hat. Für die Beurteilung des Erfolges hat H. sich die Häufigkeit der Rezidive und das Verhalten der WASSERMANN-Reaktion zur Richtschnur genommen, und hat in 90% der Fälle keine Rezidive und in 60—70% negative WASSERMANN-Reaktion beobachten können; dabei sind nur Fälle berücksichtigt, die mindestens vier Monate nach Beendigung der Kur beobachtet worden sind, wobei dem Verfasser günstige Verhältnisse, die lange Beobachtung und häufiges Nachuntersuchen ermöglichten, besonders zustatten gekommen sind, und bei denen die eventuell kombinierte Hg-Behandlung keine wesentliche Rolle spielt. Als für die erfolgreiche Behandlung sehr ausschlaggebendes Moment betont der Verfasser, daß sein Material zu einem sehr großen Teile aus ländlichen Gegenden und kleinen Städten stammt, wo die hygienischen Verhältnisse auch bei den weniger Bemittelten durchschnittlich günstiger sind als in den großen Städten, in denen die Bevölkerung eng zusammengedrängt die Vorzüge von frischer Luft, Licht usw. entbehren oder teuer und umständlich erkaufen muß; daß hier die Leute im allgemeinen kräftiger und gegen die Infektionen resistenter sind, und die Erkrankungen bei nur einigem guten Willen der Patienten milder verlaufen, liegt auf der Hand. Nur 10% der Fälle des Verfassers wohnten in größeren Städten.

Wie weit man dem zweiten Punkt, den Verfasser für seine guten Resultate an-

Digitized by Google

führt, beistimmen darf, muß wohl erst die Erfahrung lehren; es handelt sich nämlich um eine von der allgemeinen insofern abweichende Technik bei den Injektionen, als Verfasser dieselben so ausführt, daß er das Salvarsan in 1%iger Lösung, d. h. 0,4:40 ccm Wasser mittels einer Rekordspritze intravenös einverleibt, d. h. eine 4—5 mal konzentriertere Lösung als die gewöhnliche. H. hat nun bei dieser Technik ca. 800 Injektionen gemacht, und nach Ausschaltung der Wasserfehler nie irgend welche unangenehme Wirkungen erlebt (gelegentlich Fieber bis 38°, leichtes Erbrechen und Durchfälle), und hat die Injektionen in einer großen Anzahl von Fällen sogar ambulant vorgenommen, und nur eventuell da, wo es bequem möglich war, den Patienten einige Stunden in der Klinik ausruhen lassen. Einen allerdings nicht zu unterschätzenden Nachteil seiner Behandlungsweise erwähnt H. allerdings: er hat nämlich in 3% der Fälle Neurorezidive erlebt, deren Entstehen er auf zu geringe Dosen von Salvarsan zurückführen zu müssen glaubt; dieselben traten frühestens vier Wochen nach der Injektion auf, und gingen auf erneute Salvarsan- oder Hg-Behandlung zurück. Ich möchte den Rahmen eines Referates nicht noch mehr überschreiten, sondern in bezug auf das Zahlenmaterial, mit dem der Verfasser seine Erfolge in den einzelnen Stadien der Syphilis belegt, auf das Original verweisen und mich darauf beschränken, aus dem eigenen Resümee des Verfassers die Erfahrungen, die er mit seiner Methode gemacht hat, und die ihm die ausgezeichnete Wirkung des Salvarsans beweisen, zitieren: „Wir sahen die besten Erfolge im Frühstadium, namentlich bei der Behandlung kurz bestehender Sklerosen; weniger günstig, aber immer noch recht gut, sind unsere Erfahrungen bei der Spätsyphilis und im Latenzstadium. Trotz reiner Salvarsanbehandlung mit nur zwei eventuell wiederholten Salvarsaninjektionen traten nur ganz ausnahmsweise Rezidive, und zwar die meisten am Nervensystem, auf; auch bezüglich des Umschlages der + WASSERMANN-Reaktion haben wir günstige Erfahrungen gemacht."

Auch bei Tabes kann H., allerdings nur bei geringem Material, von guten Erfolgen sprechen: Nachlassen der Schmerzen, Besserung der Ataxien und Sensibilitätsstörungen und mehrfach Umwandlung der positiven WASSERMANN-Reaktion.

Endlich erwähnt der Verfasser noch zwei Fälle, in denen es ihm gelang, zwei Männer mit Sklerosen durch allerdings häufigere Salvarsaninjektionen a 0,4 g so weit herzustellen, daß im Laufe von 1½ Jahren weder sie selbst Erscheinungen oder positive WASSERMANN-Reaktion zeigten, noch bei ihren Frauen oder den nach der Behandlung gezeugten Kindern irgend welche luetische Manifestationen oder + WASSERMANN-Reaktion vorhanden gewesen wären. Lasch-Breslau.

Die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis, von JOHN A. FORDYCE-New York. (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Verfasser ist ein entschiedener Anhänger des Salvarsans, dessen Wirksamkeit in direkter Beziehung zum Alter der Infektion steht. Bei Frühstadien genügen 3—4 durch Hg unterstützte Dosen, um in vielen Fällen die Erkrankung in sechs Monaten bis zu einem Jahre zu heilen. Das floride Stadium erfordert intensivere Behandlung: fünf bis sechs Dosen in Verbindung mit Quecksilber. Bei manchen Formen von Syphilis des Nervensystems sind die Erfolge mit Salvarsan besser als mit Quecksilber und Jodkalium. Bei maligner Syphilis verschwinden häufig alle Symptome nach ein oder zwei Dosen. Die Kombination von Salvarsan und Quecksilber wirkt besser auf die Umwandlung der WASSERMANNschen Reaktion ein, als beide allein angewendet. Durch Anwendung des leichter verträglichen Neosalvarsans ist es möglich, solche Mengen dem Organismus zuzuführen, daß alle oder doch fast alle Spirochäten vernichtet werden, doch genügen die Erfahrungen hiermit noch nicht zu endgültigen Schlüssen. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von E. Jeanselme und A. Vernes. (Journ. des pratic., 1911, Nr. 32.) Einige technische Winke zur guten Ausführung der Venenpunktion und der anschließenden Infusion. A. Gunsett-Straßburg.

Ein kleiner Hilfsapparat für Salvarsaninfusionen, von Nochte-Halle a. S. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Beschreibung einer kleinen Binde, die eine Vorrichtung zum Befestigen des Schlauches dicht an der Nadel bei der Salvarsaninfusion enthält und eine gute Fixation der Nadel gewährleistet.

N. Lautsch-Graudenz.

Experimentelle Studien über die Anwendung des Salvarsans per os bei Tieren und Menschen, von John A. Kolmer und Jay Frank Schamberg-Philadelphia, Pa. (Journ. of Exper. Med., 1912, Nr. 5.) Salvarsan kann gegeben werden in Pillen, in Kapseln und in Lösung. Bei kleineren Tieren verursacht es in der Dosis von 0,02—0,03 pro Kilo Körpergewicht keine toxischen Symptome. Nach der Anwendung per os findet man nach 24 Stunden Arsenik in der Galle und im Urin, das aber nach 72 Stunden verschwindet. Salvarsan kann Menschen bis zu 0,6 per os gegeben werden, ohne, außer etwas Erbrechen und Diarrhöe, toxische Symptome hervorzurufen. Auch auf diese Weise einverleibt, übt Salvarsan einen therapeutischen Einfluß aus, der aber zu schwach ist, um diese Anwendungsart zu rechtfertigen.

Fendt-Wiesbaden.

Zur Kasuistik der Überempfindlichkeitsreaktionen nach Salvarsaninjektionen, von C. Cronquist-Malmö. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Es wird kurz berichtet über einen 44jährigen Mann, der wegen Primärsyphilids am Penis eine intravenöse Injektion von 0,4 erhalten hatte und zunächst dieselbe gut vertragen zu haben schien, aber eine Woche später plötzlich mit Fieber, morbillenartigem Exanthem an Armen und Beinen und starker Rötung und Anschwellung der Hände und Füße erkrankte. Die Erscheinungen vergingen im Laufe von drei Tagen, und Patient wurde nachher mit Hg-Salizylat und auch mit Salvarsan ohne weitere Störungen behandelt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Otiatrische Indikationen und Kontraindikationen für die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von O. Beck-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 35.) Daß nach und als Folge von der Salvarsantherapie die Zahl der otiatrischen Erkrankungen sich erheblich gesteigert hat, läßt sich nach B.s Erfahrungen nicht bestreiten; trotzdem gibt es eine Reihe von Ohrerkrankungen, bei denen das Mittel erlaubt oder sogar indiziert ist. So wird bei Affektionen des Mittelohres, die nur indirekt mit der Syphilis in Zusammenhang stehen, keine Kontraindikation zu konstatieren sein. Ferner kann man auch trotz einer Affektion des Kochlearapparates Salvarsan geben, wenn gleichzeitig sonst, an der Haut etwa, deutliche syphilitische Läsionen vorhanden sind. Dagegen ist das Mittel kontraindiziert bei Patienten, welche sicher infiziert gewesen sind, nun aber bei negativem Wassermann als einziges Symptom die Gehörstörung darbieten, oder bei denen das Ohrleiden als Äquivalent für Läsionen an der Haut oder den übrigen Organen anzusehen ist. Ebenso bildet die Otosklerose entschieden eine Gegenanzeige. Bei den auf Erbsyphilis beruhenden Ohraffektionen hat Verfasser teils günstige Resultate, teils Mißerfolge mit der Salvarsantherapie erlebt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsaninfusionen, von Carl Kliene-berger-Zittau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Verfasser schildert an der Hand der Krankengeschichte (25jährige, sonst gesunde Kellnerin; 29. März 0,2 Salvarsan intraglutäal, 3. April 1,2 Salvarsan intravenös, 22. Mai 0,6 Salvarsan intravenös, 25. Mai Exitus, in der Zwischenzeit Schmierkur), daß bei organisch

Digitized by Google

Gesunden und einwandfreier Technik lediglich durch toxische Encephalitis haemorrhagica der Tod möglich ist. Die Lumbalpunktion und Anaphylaxiebehandlung, frühzeitig angewandt, blieben erfolglos. V. Caesar-Dresden.

Salvarsan und meningeale Erscheinungen, von Rispal und Verbizier-Toulouse. (Soc. de méd. de Toulouse, Prov. méd., 1912, Nr. 36.) Die Vortragenden berichten ausführlich einen Fall, der ihnen trotz der täglich sich mehrenden Mitteilungen über die Frage der Neurorezidive bei Salvarsanbehandlung der Syphilis als Beitrag interessant erscheint, weil ihr Patient im zweiten Stadium der Lues nach Salvarsaninjektion bedenkliche meningeale Reizungen zeigte, obwohl 1. die Behandlung eine kombinierte (Salvarsan und Hg-Inunktionen) gewesen war, und 2. die zur Verwendung gelangten Salvarsanmengen wegen einer bestehenden starken Albuminurie sehr geringe gewesen waren (es waren zweimal mit Intervall von zehn Tagen je 0,2 g Salvarsan intravenös verwendet worden); es traten vier Wochen nach der zweiten Infusion halbseitig Lähmungserscheinungen auf, und zwar im unteren Gebiete des Nervus facialis, des Nervus glossopharyngeus, des Nervus abducens, und Sensibilitätsstörungen im Gebiete des Nervus trigeminus, begleitet von fürchterlich quälenden Kephalalgien; der Liquor cerebrospinalis war trübe, zellreich, hatte Albumengehalt und ebenso wie das Blut positive Wassermannsche Reaktion. Nach anfänglich sehr milden Hg-Injektionen, die keinerlei Erfolg hatten, wurde eine Infusion von 0,4 Salvarsan mit nachfolgenden täglichen Hg-Einreibungen gemacht, worauf sich das Befinden des Patienten so schnell besserte, daß derselbe nach 2—3 Wochen ohne Kopfschmerzen mit kaum noch nachweisbaren Störungen im Gebiete der befallen gewesenen Hirnnerven, bei sehr gutem Allgemeinbefinden, entlassen werden konnte.

Im Anschluß an diese Krankengeschichte besprechen die Vortragenden die bisherigen Beobachtungen über Salvarsan und Neurorezidive und kommen endlich in Übereinstimmung besonders mit Ravaud zu dem Schluß, daß in den Fällen, in denen, wie bei Syphilis I und Syphilis III (ausgenommen die Syphilis cerebri usw.), Spirochäten nicht in den Meningen sitzen, auch keinerlei meningeale Reizwirkungen des Salversans zu befürchten seien, und daß die Besorgnis, solche hervorzurufen, nur bei Syphilis II zu hegen sei, in der Zeit der größten Dispersion der Spirochäten im Organismus, und daß diese Reizwirkung nicht auf dem Neurotropismus oder einer direkt toxischen Wirkung des Mittels beruhen könne, sondern höchstens, wie von vielen Seiten betont wird, darauf, daß vielleicht ein Locus minoris resistentiae durch zu kleine Dosen hervorgerufen werde, oder daß der durch Salvarsanwirkung in seinen immunisierenden Eigenschaften beschränkte Organismus der in den engen Knochenkanälen liegenden, der Medikation schwer zugänglichen Spirochäten nicht Herr werden könne, so daß diese nun ihre Virulenz wiederfinden und die bekannten Erscheinungen herbeiführen können.

Trotz ihrer eigenen Beobachtungen glauben die Verfasser, daß man bei vorsichtiger Dosierung und kombinierter (eventuell vorher eingeleiteter) Hg-Behandlung die Salvarsantherapie selbst in Fällen deutlicher Mitbeteiligung der Meningen (starke Kephalalgien) versuchen müsse. Lasch-Breslau.

Anurie nach intravenöser Salvarsanbehandlung, von George R. Livermore-Memphis (Journ. amer. med. assoc., 5. Oktober 1912.) Bei einem an Syphilis erkrankten, sonst gesunden 19jährigen Mann trat nach 0,55 Salvarsan eine länger dauernde Anurie ein. Der schließlich gelassene Urin enthielt beträchtliche Mengen Albumen und alle Arten Zylinder. Die einzige Erklärung für die Anurie ist Idiosynkrasie gegen Arsen. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Bemerkungen über die Häufigkeit und Hochgradigkeit der Neurorezidive nach Salvarsan, von BENARIO-Frankfurt a. M. (Münch med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Auf die Mitteilung von VOLLERT über „höchstgradige Stauungspapille nach Salvarsaninjektion bei Lues" (Münch. med. Wochenschr., Nr. 36) bringt B. hier eine kritische Entgegnung, indem er ausführlich auf die von FEHR im „Zentralblatt für praktische Augenheilkunde" publizierten Beobachtungen Bezug nimmt. F. hat im VIRCHOW-Krankenhaus 2636 Patienten vor Beginn der Salvarsanbehandlung augenärztlich untersucht und eine überraschend hohe Zahl von Augenveränderungen (217 Fälle = 8,23%) ohne gleichzeitige subjektive Erscheinungen konstatiert. Neuritis optica ohne Sehstörungen fand sich bei 2,2% der Untersuchten. Nach erfolgter Salvarsanbehandlung konnten 451 Patienten untersucht werden; trotzdem also viele, jedenfalls gesunde Augen alsdann nicht untersucht wurden, stieg der Prozentsatz nur auf 2,4. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Entstehung, Verhütung und Behandlung der Neurorezidive (Erfahrungen mit Salvarsan, II), von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 40, 41, 42.) In bezug auf die Ätiologie stellt sich Verfasser sehr dezidiert auf den Standpunkt, daß die Neurorezidive nach der Salvarsanbehandlung der Syphilis die Folgen einer speziellen Lokalisierung der Spirochäten bei einer unzulänglichen Dosierung des Mittels darstellen, was er durch Anführung der diesbezüglichen Literatur und unter Berufung auf seine eigenen Beobachtungen begründet. Die von ihm im Laufe der letzten zwei Jahre beobachteten Neurorezidive sind elf an der Zahl. Die den Hauptmomenten nach mitgeteilten Krankengeschichten sind gruppenweise geordnet und umfassen drei Neurorezidive nach Quecksilberbehandlung, einen Fall von Neuritis cochlearis, die ohne vorausgegangene Behandlung entstanden war, und sieben Fälle nach Salvarsanbehandlung. Unter diesen letzteren fanden sich drei, bei denen schon vor Beginn der Therapie eine lokalisierte Hirnlues zu konstatieren war. Außerdem wird noch ein Fall beschrieben, bei dem etwa acht Monate nach Beendigung der Syphilisbehandlung sich unter heftigen Kopfschmerzen eine Parese des Okulomotorius und des Fazialis einstellte, welche als rheumatische Neuritis diagnostiziert und durch große Aspirindosen zur Heilung gebracht wurde. Als ein wesentliches Moment ist hervorzuheben, daß das Negativwerden der WASSERMANN-Reaktion im Blute noch nicht eine definitive Heilung beweist, daß vielmehr der Liquor cerebrospinalis mit dem Verschwinden der Lymphozytose einen sehr viel sichereren Anhalt in dieser Hinsicht bietet. Ferner weist Verfasser auf seine Beobachtung hin, daß Nervenaffektionen (so namentlich am Akustikus) auch ohne subjektive Störungen sich entwickeln können, worauf in Zukunft noch besonders zu achten sein wird. Zur Verhütung der Neurorezidive und auch zur Behandlung derselben ist die Verabreichung von ausgiebigen Mengen Salvarsan im Verein mit einer Quecksilberkur am meisten zu empfehlen. Ist allerdings das Neurorezidiv zur Entwicklung gekommen, so wird man zweckmäßig zunächst kleine Salvarsandosen (0,1—0,2) geben und erst allmählich die nötige Gesamtdosis anstreben. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mit Salvarsan geheilte schwere Neurorezidive, von M. FALTA-Szeged. (Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 19.) Der Patient, ein 24jähriger Mann, hat sich am 3. Oktober v. J. Lues zugezogen mit Flecken und Papeln. In einem Garnisonspital bekam er drei intravenöse Salvarsaninjektionen und am 1. und 15. November und am 1. Dezember 0,5 g. Danach fühlte sich der Patient vollkommen geheilt. Vor den Infusionen wurden Quecksilbereinreibungen und Kalomelinjektionen angewendet. Die vorher stark positive WASSERMANN-Reaktion war am 16. Dezember negativ.

Digitized by Google

Zwischen dem 18.—20. Januar d. J. traten Schwindelanfälle und Kopfschmerzen auf. Ein Ohr fing an „verstopft" zu werden, Ende Januar waren beide vollkommen „verstopft". Am 3. Februar fand Verfasser eine zweiseitige akustische und eine faziale Lähmung. Die akustische war so hochgradig, daß die Knochenleitung vollkommen gefehlt hat, und nur wenn man mit starker Stimme ihm ins Ohr geschrien hat, konnte man sich mit dem Patienten verständigen. Nystagmus und Gleichgewichtsstörungen beim Gehen. Zur rechtsseitigen fazialen Lähmung gesellte sich am 7. Februar auch eine linksseitige. Folglich ging die Krankheit weiter vor den Augen des Verfassers. Im Urin konnte am 10. Februar Arsen nachgewiesen werden, also $2^1/_2$ Monate nach der letzten Salvarsaninjektion. Auch dieser Umstand schien den Standpunkt jener zu rechtfertigen, die die Neurorezidive für Arsenvergiftungen halten. Mit einer Quecksilber-Jodkur wurde begonnen. Der Zustand wurde aber immer schwerer. Auch der noch übriggebliebene minimale Teil des Gehörs ist verschwunden. Von Tag zu Tag wurden die Schwindelanfälle stärker, das Gehen wurde wegen der Gleichgewichtsstörungen schwieriger, Brechreiz trat auf, so daß der Patient jede Nahrung erbrochen hat. Er wurde rapid schwächer, er konnte wegen der heftigen Kopfschmerzen nicht schlafen, sein Zustand schien hoffnungslos zu sein. Es blieb nichts anderes übrig, als nach der Ansicht vorzugehen, nach der die Neurorezidive nicht nur keine Arsenvergiftungen seien, sondern nach weiterer Salvarsaninjektion heilende Erkrankungen. Am 24. Februar bekam er intraglutäal 0,6 g Salvarsaninjektion. Am Tage der Injektion fühlte sich Patient sehr schlecht, er hatte (38,7° C) Fieber. Am nächsten Morgen waren die peinlichen Kopfschmerzen ganz verschwunden, auch das Gehör fing an zurückzukommen, alle Symptome besserten sich rapid. Fünf Tage nach der Injektion war Patient von allem frei. Von Kopfschmerzen keine Spur, das Gehör ist ganz gut, die Fazialislähmungen waren geheilt, der Gang war ungestört, der Brechreiz war verschwunden, der Patient nährt sich gut. Er fühlt sich vollkommen geheilt. Die Neurorezidive bei den in Rede stehenden Nerven wurden also nicht durch Arsenvergiftung hervorgerufen. Bei ihrem ersten Auftreten fand Verfasser wohl noch Arsen im Organismus, aber den Verdacht, daß eine Arsenvergiftung an dem Neurorezidiv schuld sei, widerlegte ganz die überraschend schnelle Heilwirkung einer neueren Dose.

Porosz-Budapest.

Tod einer Schwangeren nach einer intravenösen Salvarsaninjektion, von YAHOULO-Konstantinopel. (Gaz. méd. d'Orient, 1912, Nr. 4). Bei einer 25jährigen Frau, die $6^1/_2$ Monate schwanger war, machte YAHOULO am 17. Dezember 1911 eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,4. Drei Stunden später stellte sich Frösteln, Übelsein, Herzklopfen und Fieber von 38,2° ein, Symptome, die bald wieder verschwanden, um am 20. Dezember wiederzukehren. An diesem Tage trat heftiger Kopfschmerz und Verlust des Bewußtseins ein, der am 21. Dezember in vollständiges Koma überging: keine Pupillarreflexe, Paralyse der Extremitäten und der Sphinkteren, stertoröses Atmen, 38,6° Fieber, kurz das Bild der zerebralen Hämorrhagie. Tod am 22. Dezember, nachdem vorher die Temperatur auf 40,2° und der Puls auf 120 gestiegen und die Atmung den CHEYNE-STOKESschen Typus angenommen hatte.

A. Gunsett-Straßberg.

Ein Todesfall nach Salvarsan, von F. HAMMER-Stuttgart. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 30.) Der 20jährige Patient war schon zweimal im Krankenhaus von H. mit Salvarsan und auch Hg behandelt worden und erhielt bei der dritten Aufnahme (Tonsillenpapeln, verwaschenes Leukoderma colli, Scleradenitis inguinalis, Papeln der hinteren Larynxwand, WASSERMANN-Reaktion ++++), etwa

Digitized by Google

14 Monate nach der allerersten Salvarsaninjektion, zunächst 0,6 und alsdann nach 18 Inunktionen die gleiche Dosis. Nach zweitägigem Wohlbefinden traten mit allmählich zunehmender Intensität Zittern, Erbrechen, Somnolenz, leichte Albuminurie, Incontinentia urinae et alvi und in etwa 24 Stunden der Exitus letalis ein. Die Autopsie ergab auffällige Veränderungen in der Aorta, Leptomeningitis chronica, Gehirnhämorrhagien, Endocarditis parietalis chronica und Hyperplasie des Herzens. Man hatte also das Bild einer akuten Intoxikation bei ungewöhnlich rapide weit fortgeschrittenen luetischen Prozessen vor sich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Todesfälle nach Salvarsan, von F. Hirsch-Ulm a. D. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) I. Ein kräftiger junger Mann erhielt wegen frischen Primäraffektes 0,5 intravenös, worauf er mit einer einmaligen Temperatursteigerung auf 38,3° und Erbrechen reagierte. Nach sonst günstigem Verlauf wurde am 12. Tage nachher die gleiche Dosis verabreicht. Alsbald setzte Fieber ein, verbunden mit Erbrechen und Durchfällen. Nach anfänglicher Besserung trat 3×24 Stunden nach der Injektion der Exitus ein unter hochgradigen allgemeinen Krämpfen, die zuerst an den Unterschenkeln sich bemerkbar gemacht hatten, Leberschwellung und gelinder Albuminurie. II. Ein 23jähriges robustes Mädchen erkrankte zwei Monate, nachdem sie 0,3 und 0,4 intravenös erhalten hatte nebst Injektionen von Hydrarg. salicylicum, plötzlich mit Bewußtlosigkeit, Konvulsionen, Pulsverlangsamung und mäßigem Ikterus und starb binnen 24 Stunden, ohne wieder zum Bewußtsein gekommen zu sein. Autopsie wurde bei beiden Fällen verweigert.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Todesfall infolge von rezidivierter zerebraler Syphilis nach zwei Injektionen von Salvarsan, von F. Soprana. (Gazz. degli osped., 3. Sept. 1912.) Es handelte sich um einen 23jährigen gesunden und kräftigen jungen Mann ohne Krankheiten in der Anamnese, dessen erste Erscheinungen der Lues mit 30 Injektionen von Sublimat geheilt wurden. Später stellte sich eine Iritis specifica ein, wegen deren er zwei intramuskuläre Salvarsaninjektionen von je 0,35 in einem viertägigen Zwischenraume erhielt. Die Iritis heilte in wenigen Tagen, doch behielt der Kranke einen leichten Kopfschmerz, den er seit einiger Zeit hatte. Acht Tage nach der zweiten Injektion, während er seinen Geschäften nachging, wurde er plötzlich von rechtsseitiger Hemiparese befallen, welche sich rasch in Hemiplegie verwandelte. Zu gleicher Zeit wurde der Kopfschmerz heftig, es stellten sich allgemeine Krämpfe ein und Verlust des Bewußtseins. Nach vier Tagen Exitus. Bei der Autopsie fand sich eine Vermehrung des Duraldruckes mit intensiver Hyperämie der Meningen und der Nervensubstanz. An der Basis cerebri, in der Fossa Sylvii, desgleichen in den Windungen der Konvexität war die Pia von milchiger Opaleszenz und verdächtiger Färbung. Zugleich war ein frischer Thrombus im Stamm und den Hauptästen der linken Arteria cerebralis media und in den Kernen der Basis links eine Verminderung der Konsistenz vorhanden. Alle andern Organe waren gesund. Die histologische Untersuchung zeigte eine zellige Infiltration mit Exsudat und einigen Hämorrhagien in der Pia und der Hirnrinde, besonders in der Umgebung der Gefäße, von denen manche von einem wahren Futteral von Lymphozyten umgeben waren. Außerdem war ein Verschluß des Stammes und der großen Äste der Arteria fossae Sylvii infolge eines fibrinösen Thrombus zu sehen. Die Zelleninfiltration erstreckte sich auf alle Wandschichten einer großen Anzahl Gefäße und war oft so intensiv, daß die Struktur der Gefäßwand vollständig verdeckt war. In vielen Gefäßen kleineren Kalibers waren chronische Läsionen mit Endarteritis obliterans nachzuweisen. Das Lumen der Arterie war

Digitized by Google

reduziert oder ganz durch Bindegewebe verstopft, das arm an Lymphozyten war und einige polynukluäre Leukozyten enthielt. Obwohl Spirochäten nicht nachgewiesen werden konnten, so kann man doch annehmen, daß es sich um meningeale und vaskuläre Läsionen syphilitischer Natur handelt und, da neben rezenten Alterationen (Hämorrhagien, Exsudate, Lymphozyteninfiltration) auch alte Veränderungen (Endarteriitis obliterans) vorhanden waren, so ist es ganz natürlich, den syphilitischen Prozeß als ein Rezidiv zu betrachten. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Technik und Wirkung der intramuskulären Injektion des Joha, von KARL SCHINDLER-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Bis in die kleinsten Details gehende Beschreibung der Anwendung des Joha, die durch gute Abbildungen unterstützt wird. Wichtig und praktisch ist die Neuerung, daß die Joharöhrchen zugleich als Zylinder in das Spritzengerüst passen. In bezug auf die Wirkung wird die ausgezeichnete Verträglichkeit hervorgehoben bei genauer Ausführung der Technik. Unter Tausenden von Injektionen sind bisher nie Neurorezidive, wie Fieber oder toxische Erscheinungen, beobachtet worden. Mit NEISSER empfiehlt Verfasser Kombination mit intravenösen Infusionen. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. H. Lautsch-Graudenz.

Unangenehme Begleiterscheinungen nach intramuskulärer Injektion von „Joha", einem 40%igen Salvarsanpräparat, von O. STEIGER-Zürich. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.) Während bei zwei Kindern mit hereditärer Lues die Injektion ohne nennenswerte Störung verlief, verursachte die nach dieser Methode ausgeführte Applikation von 0,6 Salvarsan in allen sechs so behandelten Fällen erhebliche Beschwerden und mehr oder weniger starke Infiltration der Umgebung der Injektionsstelle. Bei zwei Patienten wurde es sogar nötig, nekrotisierte Muskelpartien operativ zu entfernen. Verfasser gibt an, die SCHINDLERsche Technik gewissenhaft befolgt zu haben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit Joha, von K. SCHINDLER-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Auf vorstehenden Bericht entgegnet SCH., daß schädliche Wirkungen des Joha nur entstehen, wenn die Injektion nicht tatsächlich intramuskulär ausgeführt wird. Er verweist auf seine genauen Angaben in der Dtsch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 20, und betont, daß man die Nadel in der Richtung gegen das Dorsum ossis ilei hin bis zum Periost vortreiben und alsdann 2—3 mm zurückziehen muß, damit die Spitze dann gut im Muskel eingebettet ist.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Neosalvarsan, von GRÜNFELD. (Russ. Ther. Rundschau, 1912, Nr. 8.) Die 35 Versuche, welche G. mit Neosalvarsan bei Luetikern angestellt hat, zeigten, daß die angegebenen Nebenerscheinungen, welche früher beobachtet wurden, nach dem Neosalvarsan weniger intensiv sind. Schüttelfrost und Schwäche treten seltener auf, und desgleichen sind auch Temperatursteigerungen weniger häufig. Besonders gilt das aber vom Erbrechen und vom Durchfall. Der therapeutische Effekt ist derselbe wie beim Salvarsan, nur daß man größere Mengen desselben anwenden kann, wodurch man aber vielleicht der EHRLICHschen Therapia magna sterilisans näher kommen wird.

Arth. Jordan-Moskau.

Das Neosalvarsan. Erste klinische Eindrücke, von JUAN DE AZÚA. (Rev. clin. Madrid, 1912, Nr. 14.) Aus den 11 mitgeteilten Krankengeschichten ergibt sich folgendes: Es wurde gewöhnlich zwischen 2,4 bis 5,30 g Neosalvarsan in mehreren Injektionen und verschiedenen Zwischenräumen gegeben. Die kurative Wirkung war gewöhnlich eine gute, in manchen Fällen, besonders bei Lues maligna paecox, eine verblüffende. In einem Falle von Lues maligna war die Wirkung allerdings auch gleich

Digitized by Google

Null. Fieber war sozusagen immer nach der Injektion vorhanden, und zwar gewöhnlich ziemlich heftig, 39 und 40° waren keine Ausnahmen, trotzdem alle Vorsichten der Destillation und Sterilisation genau befolgt wurden. Die Nebenerscheinungen waren sehr verschiedener Art. In manchen Fällen waren absolut keine vorhanden, in anderen waren Vomitus, Diarrhöe, Lumbal- und Kopfschmerzen zu verzeichnen. Merkwürdig ist ein Fall von primärer Syphilis, der auf Neosalvarsan (1,2 g) mit schwerer Albuminurie reagierte, während Injektionen von grauem Öl anstandslos vertragen wurden. Hervorzuheben ist, daß die Wassermannsche Reaktion nur in seltenen Fällen durch Neosalvarsan allein negativ wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Dosierung und Anwendung des Neosalvarsans, von E. Schreiber-Magdeburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.) Obwohl zweifelsohne weit weniger mit Risiko verknüpft als das Salvarsan, hat das Neosalvarsan gelegentlich doch sich als lebensgefährlich erwiesen. Verfasser rät deshalb zur größten Vorsicht, vor allen Dingen bei allen neurasthenischen, anämischen oder sonst organisch kranken Individuen, besonders aber bei Symptomen seitens des Zentralnervensystems im Sekundärstadium. Für solche Fälle soll bei intravenöser Darreichung die Anfangsdosis des Neosalvarsans nicht über 0,15, in maximo 0,2 betragen, während sonst als Anfangsdosis 0,3—0,5 bei Frauen und 0,4—0,6 bei Männer gegeben werden kann. Ferner ist zu raten, die Intervalle beim Wiederholen der Injektionen auf mindestens 14 Tage zu bemessen und diese Pausen mit einer Quecksilberkur auszufüllen. Auf die Form der letzteren scheint es nicht sehr anzukommen; eine regelrecht durchgeführte Schmierkur leistet auch Gutes. In vielen Fällen wird man auch zweckmäßig die Quecksilberbehandlung der Salvarsandarreichung vorangehen lassen. Mit dieser kombinierten Therapie soll so lange fortgefahren werden, bis die Wassermannsche Reaktion und auch die Sternsche Modifikation vollkommen negativ geworden sind. Zur Technik bemerkt Verfasser noch, daß es ratsam ist, statt destillierten Wassers sich einer 0,4%igen Lösung von chemisch reinem Kochsalz zu bedienen und die Injektion sofort nach Herstellung der Lösung vorzunehmen. Eine zweckmäßige Modifikation der zu verwendenden Bürette, wie hier beschrieben, bietet manche Vorteile. Zur intramuskulären Injektion eignet sich das Neusalvarsan offenbar besser als das alte. Man gibt in 14tägigen Intervallen 0,3—0,45 in etwa 10 ccm einer 0,4%igen Kochsalzlösung; eventuell spritzt man erst 5 ccm einer 0,5%igen Novokainlösung ein, läßt die Kanüle stecken und spritzt durch dieselben nach wenigen Minuten die Salvarsanlösung nach. Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Beobachtung über die Wirkung des Neosalvarsan, von Solowjew. (Russki Wratsch., 1912, Nr. 21.) S. hat das Neosalvarsan bei 67 Syphilitikern, größtenteils, nämlich in 45 Fällen, nur einmal, aber stets intravenös eingespritzt. In der Hälfte der Fälle wurde keine oder nur eine sehr geringe Reaktion beobachtet. In 12% stieg die Temperatur auf 37,6—40,7°. Wenn auch in einer Reihe von Fällen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz und Schwindel beobachtet wurden, so waren diese Erscheinungen doch leichter als nach der Anwendung von Salvarsan. An einer Reihe von Fällen beschreibt Verfasser die günstige Wirkung des Neosalvarsans auf den syphilitischen Prozeß, wie auch die Spirochäten nicht immer in einigen Stunden schwinden, sondern sich auch noch einige Tage halten können und wenn auch die Wassermannsche Reaktion nur in vereinzelten Fällen negativ wird. S. rühmt die leichte Löslichkeit des Präparates und den geringen Reiz, welchen dasselbe auf die Gewebe ausübt.

Arth. Jordan-Moskau.

Syphilis und Neosalvarsan, von Queyrat. (Bull. méd., 1912, S. 505.) Qu. demonstriert einen Kranken, bei dem 2 Sklerosen durch 0,45, 0,5 und 0,65 Neosalvarsan nur Verheilung gebracht wurden. Das Mittel löst sich leicht in destilliertem Wasser

Digitized by Google

und gibt eine neutrale, isotonische Flüssigkeit. Die Reaktionserscheinungen sind geringer als bei Salvarsan.

Auch JACQUET und SICARD berichten über günstige Erfolge mit Neosalvarsan.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Todesfall nach Anwendung von Neosalvarsan, von SCHESTOPAL. (Russ. Ther. Rundschau, 1912, Nr. 15.) Sch. spritzte einem 11jährigen Mädchen mit Keratitis parenchymatösa auf hereditär luetischer Basis nach vorheriger Einreibungskur, unter welcher die Keratitis schon vergangen war, Neosalvarsan ein. Das völlig gesunde Mädchen erhielt am 15. Juni 0,4 Neosalvarsan intravenös, welche sie vorzüglich vertrug, und darauf, am 18. Juni, nochmals 0,75 Neosalvarsan. Zwei Tage darauf stellten sich zuerst Übelkeit und Kopfschmerz und darauf Bewußtlosigkeit ein: Trismus, Fehlen der Reflexe, epileptiforme Zuckungen in den oberen Extremitäten. In wenigen Stunden starb die Kranke. Die Sektion wie die Untersuchung der inneren Organe auf As klärten die Todesursache nicht auf, sprachen jedenfalls nicht für eine Arsenintoxikation, da sich sehr wenig As in den inneren Organen fand. Verfasser sieht daher die Todesursache in einem Neurorezidiv von seiten des Zerebrospinalnervensystems.

Arth. Jordan-Moskau.

Klinische Erfahrungen über Neosalvarsan, von A. STÜHMER-Sudenburg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Neosalvarsan hat folgende Vorzüge vor Altsalvarsan: 1. leichte Löslichkeit, daher Herstellung der Lösung vereinfacht; 2. Ausschaltung einer Reihe von Gefahren durch Fortfall der Natronlauge; 3. wird es in gleichen Dosen besser als Altsalvarsan vertragen (weniger Darmstörungen und Kollapse); 4. kann in doppelter Menge wie Altsalvarsan angewandt werden, toxische Exantheme dabei belanglos; 5. Wirksamkeit beim Menschen mindestens gleich, im Tierversuch gesteigert; 6. die intramuskuläre Injektion macht geringere lokale Reizerscheinungen und wird rascher resorbiert. V. Caesar-Dresden.

Einstweilige Erfahrungen über Neosalvarsan, von BERNHEIM-Breslau. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) Es wurden 29 Fälle nach dem von SCHREIBER empfohlenen Modus behandelt: nämlich vier gleich große Dosen Neosalvarsan (0,9 bei Männern, 0,6 bei Frauen) mit zweitägigen Intervallen infundiert. Es entsprechen also die in acht Tagen gegebenen Dosen 2,4 und 1,6 Altsalvarsan. Da bei einigen die Behandlung abgebrochen worden zu sein scheint, wird über 21 mit vier Infusionen Behandelte berichtet. Bei diesen 84 Infusionen wurden 30mal Überraschungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall, kurz leichte Intoxikationserscheinungen, und viermal schwere Intoxikationen gesehen (hohes Fieber mehrere Tage lang, Benommenheit, Arzneiexanthem). Die Dosierung SCHREIBERS führt also zu Kumulation und ist als bedenklich zu bezeichnen. Der therapeutische Erfolg des Neosalvarsans war gleichwertig dem des Altsalvarsans. Werther.

Über reaktionslose Neosalvarsaninfusionen, Vermeidung des „Wasserfehlers" und Kombinationstherapie bei Syphilis, von TOUTON-Wiesbaden. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 24.) In einer ununterbrochenen Reihe von 50 Neosalvarsaninfusionen bei 21 Fällen, darunter besonders metasyphilitische Spät- und Latenzfälle, wurde das Medikament geradezu glänzend vertragen. Es traten weder Fieber auf noch Magen- und Darmstörungen, überhaupt keine Störungen des Allgemeinbefindens bei Dosen bis zu 0,9 pro dosi bis zu 2,25 pro Fall. Als wesentlich für diese guten Erfolge, bei denen mit Rücksicht auf die Kleinheit und Besonderheit des Materials und die Kürze der Beobachtungszeit keine Schlüsse auf die spezifische Wirksamkeit des Medikaments und keine Vergleiche mit Altsalvarsan gezogen werden, sieht Verfasser an 1. die Vermeidung des Wasserfehlers, 2. eine

Digitized by Google

zweckmäßige Kombinationsbehandlung mit einleitender Hg-Anwendung. Zur Vermeidung des Wasserfehlers verwendet T. das zweimal gekochte, sehr keimarme Wiesbadener Leitungswasser (0—4 Keime pro Kubikzentimeter), das zugleich außerordentlich kalkarm ist. Die Kombinationsbehandlung ist zugleich das beste Mittel gegen Neurorezidive. Denn wenn in Fällen, in denen klinisch oder serologisch auf reichliche Anwesenheit von Spirochäten zu rechnen ist, durch eine milde Vorkur mit Hg oder Jod eine Schwächung der Infektionserreger erfolgt ist, wird nun ein starker Salvarsanschlag nicht mehr imstande sein, durch neuerliche Reizung von etwa perineuritisch und meningitisch gewesenen Herden Nervenlähmungen zu erzeugen. Dabei empfiehlt Verfasser nachdrücklich im Gegensatz zu JADASSOHN, NEISSER und JULIUSBERG eine gründlich durchgeführte Schmierkur. Als weiteren Grund gegen eine Behandlung der Syphilis mit einzelnen starken Schlägen im Zeitpunkt starker Spirochätenüberschwemmung des Organismus sieht Verfasser den dadurch entstehenden Mangel an Antikörperbildung an. Denn da beim Menschen die Sterilisierung nie eine vollständige ist und vielleicht nur wenige, aber gerade an lebenswichtigen Stellen sitzende Herde zurückließ, kann der Mangel an Antikörpern, die sich erst bei längerem Zirkulieren von größeren Spirochätenmengen im Blut bilden, gerade die Ursache zu besonders exzessivem Wachstum solcher zurückgebliebenen Spirochätenherde werden (THALHEIMsche Solitärsekundäraffekte, BETTMANNsche Riesenpapeln). Durch vorausgehende milde Hg-Behandlung, deren Unterlassung im Beginn des Sekundärstadiums T. geradezu als Kunstfehler bezeichnet, werden solche Zufälle sicher vermieden. H. Lautsch-Graudenz.

Beitrag zur Ätiologie der Neurorezidive und zur Neosalvarsanbehandlung, von W. GENNERICH. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 25, 26, 27.) Verfasser legt ausführlich seine Anschauung über Entstehung und Verhütung der Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung, wie sie nach Hg-Behandlung nicht bekannt waren, dar. Zwei Ursachen sind es, die der Sterilisation dem verseuchten Organismus durch chemische Mittel entgegenstehen: die verschieden starke Durchblutung der Organe, von denen das Nervensystem, die Lymphspalten und der Liquor cerebrospinalis den geringsten Zusammenhang mit dem Blutstrom haben, so daß sie die prädisponierten Schlupfwinkel für restierende Spirochäten darstellen, und der Widerstand der Körperzelle, den sie der Diffusion chemischer Medikamente entgegenstellt. Die milde, wenig tiefgehende Hg-Behandlung erreicht erst nach zahlreichen Wiederholungen und gewöhnlich erst nach Jahren, wenn zugleich der Erreger auch schon abgeschwächt ist, eine Sterilisation der leichter zugänglichen Gewebe, so daß eventuell im Nervensystem restierende Spirochätenherde sich ausbreiten und Nervenerkrankungen hervorrufen können. So ist denn bei Hg-Behandlung auch die Nervensyphilis eine ausgesprochene Erscheinung des Tertiärstadiums. Ein oder mehrere kräftige Salvarsanschläge vermögen dagegen eine viel weitergehende Sterilisation der Gewebe zu erzeugen. Ist die Wirkung nicht stark genug gewesen, auch die in den Nerven und im Liquor cerebrospinalis sitzenden Herde abzutöten, werden diese infolge des Bestrebens jedes Syphilisherdes zur Expansion sich ausbreiten und leicht durch Druck oder Schwellung Schädigung in der Nähe liegender Nervenelemente hervorrufen. Daraus folgt, daß eine schwächere Salvarsanbehandlung, die in allen Geweben noch Spirochätenherde zurückließ, weniger zu Neurorezidiven neigen wird als eine stärkere, bei der nur im Nervensystem solche restieren, da besonders isolierte Herde die Neigung zur Expansion zeigen. Für die Therapie ergibt sich daraus folgendes: Alle frischen Fälle sind einer Radikalkur mit Salvarsan zu unterziehen, die so energisch zu halten ist, daß eine Sterilisation mit

Digitized by Google

einer Kur erfolgt. Um den Widerstand der Zellen gegen die Diffusion chemischer Stoffe zu überwinden, sind wiederholte, starke Schläge in kurzen Zeiträumen anzuwenden. Die intermittierende Kur bleibt nur noch für ältere Fälle in Kraft, wobei aber auch eine planmäßige Behandlung mit Pausen von 8—9 Wochen erfolgen muß. Als Maßstab für den erreichten Effekt wird das Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion angesehen, das auf jeden Fall erreicht werden muß. Als Einzeldosis wird im allgemeinen 0,5—0,6 gegeben ohne spätere Steigerung, Gesamtdosis in vier Wochen bis 3,5. Zur Vermeidung der Reaktionswirkung des Salvarsans wird jede Kur mit einigen Kalomelinjektionen eingeleitet, die dann auch weiter fortgesetzt werden. Ist die große Dosis nicht anwendbar, so wird eine kleine Nachkur eventuell in sechs Wochen angeschlossen. Bei Eintritt eines Neurorezidivs ist sofortige energische Salvarsanbehandlung dringend erforderlich, nur so ist Aussicht auf Wiederherstellung der vollen Nervenfunktion. Das Neosalvarsan erscheint in der Intensität seiner Wirkung schwächer als das Salvarsan, ist aber ein guter Ersatz für die Fälle, wo die notwendigen großen Dosen Salvarsan Zyanose und Dyspepsie erzeugen. Um die WASSERMANNsche Reaktion gleich stark zu beeinflussen wie durch Salvarsan, braucht man bei Neosalvarsan sehr große Dosen, die bisweilen erhebliches Fieber und Allgemeinerscheinungen hervorrufen. Es konnte aber in einigen Fällen ohne Schaden eine Gesamtdosis bis zu 10 g Neosalvarsan in vier Wochen gegeben werden, bei Einzeldosen steigend von 0,8 bis 1,8 pro dosi. Besonders aussichtsreich erscheint Kombinierung beider Präparate.

H. Lautsch-Graudenz.

Neosalvarsan, von J. Mc INTOSH, P. FILDES und H. B. PARKER-London. (Lancet, 13. Juli 1912.) Als Ergebnis einer dreimonatigen Beobachtungsperiode erklären sich die Verfasser sehr befriedigt von der Wirkung des Neosalvarsans. Sie haben zunächst die bakterizide Wirkung des Mittels auf eine Kultur von Trypanosomen im Rattenblut geprüft und fanden, daß eine Lösung von 1:10000 schon jegliche Bewegungserscheinungen der Mikroorganismen sofort sistierte, während das Altsalvarsan nur $^1/_5$ bis $^1/_{10}$ der Wirksamkeit entfaltete. Als Dosis bene tolerata fanden sie bei Kaninchen 0,18 pro Kilogramm, bei Ratten ergab sich eine etwas größere Toxizität. Für therapeutische Zwecke wurden die SCHREIBERschen Vorschriften als Richtschnur angenommen, doch wurde niemals das Maximum der von ihm verabreichten Dosen erreicht. Immerhin wurde bis zu 1,5 Neosalvarsan ohne Nachteil als Tagesdosis (intravenös) gegeben. Die intramuskuläre Injektion haben die Verfasser gelegentlich auch geübt, nahmen aber doch bald davon wieder Abstand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kurzer Bericht über acht mit Neosalvarsan (914) behandelte Fälle, von J. GRÜNBERG-St. Petersburg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Wenn auch diese Serie von Beobachtungen zu klein ist, um daraus weittragende Schlüsse zu ziehen, so entnimmt Verfasser daraus doch die unbedingte Berechtigung, weitere Versuche mit dem Neosalvarsan auszuführen, wie er denn auch in einer nachträglichen Bemerkung mitteilt, daß er seitdem die Zahl der behandelten Patienten auf 35 gebracht hat. Es wurden bei dieser ersten Serie 37 Injektionen in Dosen von 0,3 bis 0,75 intravenös unter Benutzung der SCHREIBERschen Technik verabreicht. Reaktionserscheinungen traten nur bei zwei Patienten, und zwar bei der ersten Injektion, hervor; der eine derselben war Potator, der andere hatte schon lange an chronischer Gastritis gelitten. In einem der Fälle handelte es sich um Psoriasis vulgaris, die einen sehr günstigen Verlauf nach vier Injektionen (2,85) nahm. Des-

Digitized by Google

gleichen ging ein Neurorezidiv des Akustikus, nach einmaliger Salvarsaninjektion entstanden, auf Neosalvarsan in vollständige Heilung über.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neosalvarsan, von CARLE. (Lyon méd., Bd. 119, S. 545.) Übersichtsreferat über Dosierung, Injektionstechnik, Nebenwirkungen und therapeutische Erfolge.

Richard Frühwald-Leipzig.

Erfahrungen mit Neosalvarsan, von K. KALL-Würzburg. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 31.) Die Resultate, welche Verfasser mit Neosalvarsan an der ZIELERschen Klinik beobachtet hat, sind nicht durchweg als befriedigend zu bezeichnen. Es wurden 39 Fälle behandelt und 141 intravenöse Infusionen nebst 10 intramuskulären Injektionen verabreicht. Von letzterer Anwendungsart wurde bald wieder Abstand genommen, teils wegen der trotz Novokain auftretenden, nicht unbedeutenden Schmerzhaftigkeit, teils wegen der durch die schnelle Zersetzlichkeit des Präparates bedingten Gefahren. Bei fünf Patienten traten Arsenexantheme im Laufe der Behandlung hervor, zum Teil mit recht bedrohlichen Erscheinungen verbunden. Als ein recht konstantes Symptom solcher Schädigungen wird ein deutliches Sinken des Blutdrucks hervorgehoben, das sich auf 20 und mehr Millimeter Hg belief. Die syphilitischen Läsionen wurden in ähnlicher Weise wie durch das Altsalvarsan beeinflußt, doch hatte man den Eindruck, daß die Wirkung sich weniger prompt und ausgiebig vollzog als bei diesem. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Neosalvarsan, von G. RAUVIÈRE-Toulouse. (Prov. méd., 1912, Nr. 31.) Seine längere Einleitung, in der R. die bisher erschienenen Arbeiten über Neosalvarsan bespricht, schließt er mit der Bemerkung, daß es, nachdem man nicht mehr auf den Erfolg der Therapia magna sterilisans hoffen könne, weniger darauf ankomme, wie hohe Dosen der menschliche Organismus vertrage, als darauf, mit wie geringen Dosen man einen Syphilitiker heilen könne. Dann folgen 43 eigene Beobachtungen von meist intravenösen Injektionen mit Dosen von durchschnittlich 0,9 g beim Manne und 0,75 g bei der Frau. Die Injektionen wurden in Intervallen von wenigstens fünf Tagen gemacht. Alle Fälle wurden auch mit Hg behandelt.

Resümee: Das Neosalvarsan hat vor dem Altsalvarsan die Vorzüge leichterer Löslichkeit und besseren Vertragenwerdens durch die Venen voraus. (Verfasser sah auch, wenn er mehrfach Injektionen an derselben Stelle machte, niemals eine Phlebitis.)

In der Wirksamkeit scheinen beide Präparate gleich zu sein, über die Giftigkeit hat der Verfasser noch kein Urteil.

Für die intramuskuläre Injektion eignet sich das Neosalvarsan zwar besser als Altsalvarsan, aber auch bei diesem Präparat sind die Schmerzen und Infiltrate noch sehr störend. Lasch-Breslau.

Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan, von A. WOLFF u. P. MULZER-Straßburg i. E. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Die Ergebnisse der hier mitgeteilten Behandlungsversuche bei 20 Männern und 10 Frauen sprechen durchaus nicht so zugunsten des neuen Mittels, wie die von anderen Verfassern publizierten Beobachtungen. Die Verfasser sind zu der Überzeugung gelangt, daß die therapeutische Wirkung selbst bei Verwendung von hohen Dosen derjenigen des Salvarsans nachsteht, und daß selbst kleine Dosen im allgemeinen mehr schädliche Nebenwirkungen auslösen als das erstere Präparat. Besonders schwere toxische Erscheinungen traten bei einer 27jährigen, bis auf die frische Lues gesunden Näherin in Gestalt von äußerst heftigem, anhaltendem Erbrechen, Anurie, Zystitis, schwerer Nephritis, kompletter Lähmung der unteren Extremitäten, faustgroßem

Digitized by Google

Dekubitus am Kreuzbein usw. hervor nach Verabreichung von 3,3 Neosalvarsan im Laufe von acht Tagen. Auch bei anderen Patienten waren mehrfach Fieber und sonstige Komplikationen zu konstatieren, weswegen jedenfalls vor einer ambulanten Verabreichung dringend gewarnt werden muß. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan, von JOH. FABRY-Dormund. (Med. Klinik, 1912, Nr. 34.) Die aus der Würzburger Klinik (V. KALL) und der Straßburger Klinik (WOLFF u. MULZER) veröffentlichten, überaus wenig ermutigenden Resultate haben den Verfasser veranlaßt, schon früher als seine ursprüngliche Absicht war, mit seinen Erfahrungen hervorzutreten. Er verfügt über ein Beobachtungsmaterial von 536 Neosalvarsaninjektionen bei 252 Patienten und hat stets die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung angewendet; trotzdem die Dosen des Neosalvarsans — ganz zu schweigen von den exorbitanten Dosen DUHOTS (8,5 g in 12 Tagen) — vergleichsweise nur durchaus mäßige waren, sind seine Erfahrungen keineswegs ungünstig. Der Verfasser hat oft mit Hg-Oxyzyanat 0,01 pro die sechs bis acht Tage vorbehandelt, dann eine Injektion von 0,45—0,9 Neosalvarsan und am folgenden Tage eine Injektion von Hg-Salizyl 0,1 gegeben; nach weiteren acht Tagen wieder 0,45—0,9 Neosalvarsan mit am Tage darauf folgenden Hg-Salizylinjektionen, und nach weiteren 14 Tagen wieder 0,45—0,9 Neosalvarsan mit noch einigen Hg-Salizylinjektionen, d. h. im Mittel 0,06—0,08 Hg-Oxyzyanat, 0,8—2,7 Neosalvarsan und 0,8 Hg-Salizyl, und zwar die Neosalvarsandosen über vier Wochen, die Hg-Kur über zehn Wochen ausgedehnt. Bei diesen mäßigen Dosen waren die Erfolge des Verfassers durchaus gute. Bei Syphilis I wurde lokal energisch nebenbei behandelt, bei Syphilis III leitete der Verfasser vor der Neosalvarsanbehandlung eine energische Jodbehandlung von acht Tagen ein und gab je nach dem Ausfall der WASSERMANN-Reaktion 2—3 Injektionen von Neosalvarsan, führte aber die Jodkur sechs Wochen durch.

Verfasser sah nie Schädigungen, nur sehr geringe allgemeine Reaktionserscheinungen, rät aber dringend zur kombinierten Methode und warnt vor zu großen Dosen und zu geringen Intervallen zwischen den einzelnen Injektionen.

Lasch-Breslau.

Veränderungen des menschlichen Serums nach Neosalvarsaninfusionen, von HERMANN MAYER-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 35.) Verfasser hat die Beobachtung gemacht, daß sich im unmittelbar nach Neosalvarsaninfusionen entnommenen Blut sehr bald eine hochgradige Autolyse zeigte. Nach Inaktivierung der Blutprobe tritt eine tiefbraune Verfärbung ein wie in Neosalvarsanlösungen bei längerem Stehen. H. Lautsch-Graudenz.

Neosalvarsan, von A. BAYET. (Journ. méd. Bruxelles, 1912, Nr. 37.) Die Injektionstechnik ist bei Neosalvarsan leichter als bei Salvarsan, und es sind daher viele Fehlerquellen ausgeschaltet. Das Mittel wird sehr gut vertragen, und man beobachtet nachher viel seltener Fieber, Erbrechen, Kopfschmerzen usw. Doch darf dieser Umstand nicht dazu verleiten, zu hohe Dosen zu verabreichen, da es sonst zu Schädigungen kommen kann. Man soll sich im Gegenteil mit der Dosierung an die Erfahrungen bei Salvarsan halten. Therapeutisch ist Neosalvarsan ebenso wirksam wie Salvarsan, und man soll es vor allem dort anwenden, wo letzteres schlecht vertragen wird, also bei Tabes, Paralyse, Arteriosklerose, Herzleiden usw. Die Kombination mit Quecksilberpräparaten ist vorteilhaft.

Richard Frühwald-Leipzig.

Demonstration der mit Neosalvarsan behandelten Syphilisfälle, von TH. MARSCHALKO-Kolozsvár. (Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 22.) Verfasser und alle,

Digitized by Google

die von Salvarsan nicht mehr erwarteten, als es zu erfüllen fähig ist, waren auch bisher mit seiner Heilwirkung bei Syphilis zufrieden. Die Ursache der Giftwirkung sah er in der Anwendung überaus großer Dosen. Neosalvarsan löst sich sofort kristallrein, ist von indifferenter chemischer Wirkung. SCHREIBER gibt in sieben Tagen 6,0 g Neosalvarsan = 4,0 g Salvarsan intravenös. M. wendet sich dagegen; er erprobte die intravenösen Injektionen bei Kaninchen. Die, welche 0,2 g pro Kilogramm bekommen haben, gingen zugrunde. Neosalvarsan hat bei Syphilis eine hervorragende Heilwirkung, ist weniger von giftiger Wirkung, die Anwendung ist viel einfacher und leichter, die unangenehmen Nebenwirkungen, die aus mangelhafter Alkalisierung entstanden sind, fallen hier weg. Verfasser bereitete die Lösung nach Vorschrift SCHREIBERS. Mit frisch gedämpftem, dann eine halbe Stunde lang gekochtem und ungefähr auf 25—26° C abgekühltem Wasser bereitet er eine ½%ige Lösung. Spätestens eine halbe Stunde nach der Zubereitung injizierte er sie, auf einmal eine 0,3, höchstens 0,4 Salvarsan entsprechende Dosis: die Patienten ertrugen sie ohne Ausnahme gut. Reaktion trat auf bei den im Eruptionsstadium befindlichen, noch nicht behandelten Fällen, die aber nach einigen Stunden wieder verschwand. Nach der Injektion 0,6—0,7° Temperaturerhöhung. Bei einem 25 jährigen Patienten, bei dem er zwei Injektionen mit einem Zwischenraum von drei Tagen 0,4 und 0,3 Neosalvarsan gegeben hat, hörte hohes Fieber, Kopfschmerzen mit einem Schlage auf, so auch die Schlaf- und Appetitlosigkeit. Die Ulzera gingen einer raschen Heilung entgegen. Ein großes Oedema indurativum (Lippensklerose) wurde in drei Tagen um die Hälfte kleiner. Die Spirochäten sind verschwunden. M. setzt seine Versuche fort. Porosz-Budapest.

Über Neosalvarsan, von WECHSELMANN-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Nach W.s Erfahrungen bei mehr als 2000 Injektionen treten Nebenerscheinungen beim Gebrauch von Neosalvarsan nicht häufiger, vielleicht aber etwas heftiger als beim Altsalvarsan hervor, und die therapeutische Wirkung von 3,0 des neuen schien kaum so günstig zu sein wie die von 2,0 des alten Präparats. Immerhin sind damit ganz handgreifliche Resultate zu erzielen, wie W. an einem ausführlicher beschriebenen Fall von refraktärer Lues, welcher einer fortgesetzten sonstigen Behandlung getrotzt hatte, präzise demonstriert. Ferner wird darauf hingewiesen, daß dem sogenannten Wasserfehler immer noch erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden muß; so ist manches Wasser bleihaltig, und in dem mit dem VEHMEL-LAUTENSCHLÄGERschen Apparat hergestellten Wasser fanden sich sowohl deutliche Spuren von Chlor als auch eine nicht unbedeutende Beimischung von organischer Substanz. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über das Neosalvarsan, von JACQUÉ und SLUYS. (Gaz. d. hôp., 1912, Nr. 112.) Die Verfasser sind der Meinung, daß das Neosalvarsan nichts Neues bringt. Anfangs glaubten dieselben durch das im Verhältnis zum Altsalvarsan höher dosierte Mittel eine sicherere Sterilisation des Körpers herbeiführen zu können. Aber nach den pessimistischen Mitteilungen von WOLFF und MULZER, von BAYET und selbst von SCHREIBER, der auf seine intensive Behandlung ganz verzichtet, haben die Verfasser das Mittel nur noch für die ganz frische Syphilis verwandt und möchten es jetzt lieber ganz aufgeben.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan, von A. STROSCHER-Bautzen. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Die hier mitgeteilten Erfahrungen mit Neosalvarsan sind allerdings durchaus befriedigend zu nennen, doch ist die Zahl der behandelten Fälle (16, bei denen insgesamt 29 intravenöse Injektionen gegeben

Digitized by Google

wurden) und auch die Beobachtungsdauer zu kurz, um irgendwie abschließend urteilen zu können. In der Regel wurde bei Männern 0,6 und bei Frauen 0,45 verabreicht, mit einer Gesamtdosis von 1,8 resp. 1,35. Gewöhnlich wurde die Behandlung durch die Darreichung von 10—12 Injektionen von 0,1 Salizylquecksilber ergänzt. Temperatursteigerungen kamen nicht vor. Bei einem 50jährigen Manne trat ein vorübergehender Kollapszustand ein, und bei einem anderen Patienten zeigte sich bei der zweiten Injektion heftiges Zittern in der Wadenmuskulatur, aber ohne weitere Schädigung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neosalvarsan, von C. F. Marshall (Med. Press a. Circ., 1912, Nr. 3815.) Ablehnende kurze Bemerkung über Neosalvarsan, wie über die Arsenpräparate überhaupt, die bei der Behandlung der Syphilis dem Hg nicht überlegen sind, aber toxischer wirken. Außerdem aber ist zu erwarten, daß nach einigen Injektionen Arsenfestigkeit eintritt, so daß weitere Behandlung ohne Erfolg bleiben wird. Schließlich wird der Zustand des Patienten nach der Behandlung schlechter sein als vorher, nicht zu sprechen von dem Zustand seines Geldbeutels.

Fendt-Wiesbaden.

Dosierung und Toxizität des Neosalvarsans, von R. Duhot-Brüssel. (Quelle nicht angegeben.) Der Verfasser hält das Neosalvarsan für toxischer für das Nervensystem als das Salvarsan. Es ruft Polyneuritiden hervor, welche das Salvarsan nicht hervorruft. Für eine energische Angriffskur der Syphilis im Beginn kann das Neosalvarsan in Betracht kommen, wo es sich aber um eine Serienbehandlung handelt, kann es das Altsalvarsan nicht ersetzen, da sich fast unausbleiblich bei etwas starken Dosen Neuritiden entwickeln, die zwar oft leichter Art, aber immer sehr hartnäckig sind. Man darf deshalb das Neosalvarsan nicht nach Tierexperimenten bewerten. Es gibt eben beim Menschen eine tardive neurotrope Wirkung des Salvarsans auf die peripheren Nerven, selbst bei relativ geringen Dosen. Der Verfasser glaubt deshalb nicht, daß das Neosalvarsan das Altsalvarsan ersetzen wird.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Neosalvarsan, von J. Sellei-Budapest. (Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 35.) Bei Sklerosen stellte sich die Absorption rascher ein. Syphilide verschwanden nur langsam. In Verbindung mit Salvarsaninjektionen sonstige Arsenpräparate, Enesol usw., in Anwendung zu bringen, ist gefährlich. Alles übrige sind wohlbekannte Sachen.

Porosz-Budapest.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Über epidemisches Auftreten von seborrhoischem Ekzem, von C. Bruhns und M. Cohn-Charlottenburg. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Bericht über ein gehäuftes Vorkommen von seborrhoischem Ekzem im Gesicht in einer Schule (in einer Klasse unter 35 Mädchen 29mal), teils mit, teils ohne gleichzeitiger Seborrhöe des Kopfes. Pilzuntersuchungen fielen wiederholt negativ aus, so daß Herpes tonsurans ausgeschlossen werden konnte. Verlauf war sehr langsam. Autoinokulation war zu vermuten, aber nicht nachweisbar. Eine gewisse Übertragbarkeit muß bei der Art des Auftretens angenommen werden.

H. Lautsch-Graudenz.

Die Therapie der Alopecia seborrhoica und über vorbeugende Haarpflege mit Sapalcol-Präparaten, von Theodor Mayer-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Nr. 33.) Nach kurzer Erörterung der Ätiologie, wobei der Verfasser der Heredität eine be-

Digitized by Google

deutende Rolle zuweist, spricht er offen aus, daß unsere Therapie nur das Weiterdringen der Krankheit erschweren oder aufhalten könne. Zu diesem Zwecke empfiehlt er lokale und allgemeine therapeutische Maßnahmen. Unter den letzteren: alle roborierenden Maßnahmen, Regelung der Lebensweise, speziell der Diät, Sorge für gut ventilierende Kopfbedeckung, Arsenferratose oder Arsentriferrol, und als Aufbaumaterial für das Keratin organotherapeutisch täglich ½—1 Tafel feine Tafelgelatine in Suppe aufgelöst u. a. m. Lokal: Abgesehen von massierenden Prozeduren und dem Entfernen überschüssiger Fettmassen bzw. angesammelter Schuppen durch die bekannten Mittel, nennt der Verfasser besonders die LASSARsche Kur. Für diese zwar sehr wirksame, aber bei der für den Erfolg notwendigen Konsequenz sehr umständliche Kurmethode glaubt der Verfasser in der Anwendung der Sapalkolpräparate einen Ersatz zu finden, da dieselben die reinigende, fettemulgierende Seifewirkung mit dem antiseborrhoischen Effekt der inkorporierten Medikamente vereinigen. Es genügt in den meisten Fällen eine ein- bis zweimalige Anwendung des betreffenden Sapalkols pro Tag nach vorangegangener Massage (bei langen Frauenhaaren einmal täglich), um einen guten Effekt. zu erzielen. Verfasser empfiehlt für den Anfang Schwefel-, später Teersapalkol; bei Neigung zur Akne Resorzinsapalkol. Lasch-Breslau.

Über die Behandlung hartnäckiger, nässender Ekzeme, von WEHNER. (New York. med. Wochenschr., Januar 1912, Bd. 22, Nr. 8.) Ätzung mit 5%iger Argentumlösung, darauf Verband mit 5%iger Lenigallolzinkpaste für zirka 3 Tage, dann Abwechslung mit Zinköl oder Paste. Verfasser rühmt seine Erfolge besonders auch bei den nässenden Unterschenkelekzemen. Haas-Hamburg.

Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch, von H. FINKELSTEIN-Berlin. (Ther. Monatsh., Jan. 1912.) Der Grundgedanke der Methode besteht darin, daß den Kranken eine möglichst molken- bzw. salzfreie Nahrung gegeben werden soll, während gleichzeitig ein reichliches Angebot von Eiweiß, Fett und Kohlehydrat stattfindet. Die dem Alter des Kindes entsprechende Menge Rohmilch wird mit Labessenz ausgelabt und der Käse nach mehrstündigem Aufhängen in einem Säckchen aus Seihtuch, währenddessen die Molke abtropft, drei- bis fünfmal mit etwas Wasser bis zur feinsten Verteilung durch ein Haarsieb gestrichen. Die so entstandene Suspension wird mit $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ Buttermilch und $^9/_{10}$ bis $^4/_5$ Wasser oder Schleimabkochung auf das Ausgangsvolumen aufgefüllt und 40—50 g oder mehr Kohlehydrat in Form von salzfreiem Zucker und Mehl zugesetzt. Sterilisieren muß, um Klumpigwerden des Käses zu verhindern, unter ständigem energischem Schlagen der Suppe geschehen. Spätestens in der dritten Woche kann salzfrei zubereitetes Gemüse, Obst u. a. salzarme Nahrung gegeben werden.

Unbeeinflußt bleiben trockene und spärlich sezernierende Ekzeme, während die stark sezernierenden, entzündlich gereizten, impetiginösen Formen meist energisch gebessert werden. Die Nahrung wirkt sekretionsbeschränkend, und durch diese Austrocknung werden die Wachstumsbedingungen für die Entzündungserreger verschlechtert. Daß nur eine gewisse Gruppe von Fällen günstig beeinflußt wird, zeigt, daß nicht die Wurzel des Ekzems, sondern nur ein akzidenteller Faktor getroffen wird.

Der Gewichtsverlust infolge der Ernährung ist nur bei überfütterten Kindern erheblich, unerwünschter Gewichtsverlust läßt sich durch genügende Kohlehydratzulage verhindern. Durchfälle sind eine Gegenanzeige gegen die „Ekzemsuppe".
Arthur Schucht-Danzig.

Digitized by Google

Beobachtungen über die Behandlung des infantilen Ekzems durch die Änderung der Milch, von VARIOT. (La clinique infantile, 15. Nov. 1911.) Das Säuglingsekzem ist gewöhnlich von Verdauungsstörungen begleitet, welche man oft leicht beheben kann, wenn man der Ernährung an der Brust noch einige Flaschen sterilisierter Milch zusetzt oder die Muttermilch ganz durch künstliche Ernährung ersetzt oder die Amme wechselt. Zugleich mit der Verdauung bessern sich auch die Ekzeme. Das wahre Ekzem kommt übrigens häufiger bei Brustkindern als bei künstlicher Ernährung vor. Auch hier wechselt man die Milch in der eben angegebenen Weise. Jeder Flasche setzt man etwas zitronensaures Natrium zu. Außerdem gibt man lokal Stärkebäder und Zinkpaste, oft müssen noch Meerwassereinspritzungen hinzukommen. A. Gunsett-Straßburg.

Fünf Fälle von Keratosis follicularis in einer Familie, von WILLIAM B. TRIMBLE-New York. (Journ. amer. med. assoc., 24. Aug. 1912.) Die beobachteten fünf Fälle von Keratosis follicularis (DARIERsche Krankheit) erstreckten sich auf die Mutter, drei Kinder und ein 14jähriges Enkelkind. Drei Patienten waren männlichen, zwei weiblichen Geschlechts. Bei den vier älteren Patienten war stark ausgebildete Keratosis plantaris vorhanden. Die Diagnose wurde bei sämtlichen Patienten durch histologische Untersuchung bestätigt mit Ausnahme des Enkelkindes, bei dem aber die klinische Diagnose unzweifelhaft war. Mikroskopisch waren die von DARIER als Psorospermien bezeichneten eigenartigen Zellen, die von diagnostischer Bedeutung sind, vorhanden. Versuche, durch exzidierte Stücke die Krankheit auf Tiere zu übertragen, blieben erfolglos. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Pityriasis rubra (HEBRA), von H. J. F. WALLHAUSER-Newark, N. J. (Journ. amer. med. assoc., 6. Juli 1912.) Die Erkrankung bestand bei einem 50jährigen Russen seit 32 Jahren; die ausführlich wiedergegebene histologische Untersuchung eignet sich nicht zum Referat. Fendt-Wiesbaden.

Ätiologie und Symptom der Psoriasis, von GAUCHER. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 28.) G. setzt seine Ansicht von neuem auseinander, daß Psoriasis zu den diathetischen Dermatosen gehört, bei der Purinretention und exzessive Demineralisation vorhanden sind! In der Periode der Heilung setzt eine abundante Chlornatriumausscheidung ein!! Da diese die Widerstandskraft des Körpers schwächt, bereitet sie den Boden für die Tuberkulose: deshalb so oft Psoriasis in tuberkulösen Familien! Besonders erwähnt G. hierzu die Fälle von akuter, skarlatiniformer Psoriasis, welche sich in sekundäre Pityriasis rubra umwandeln und an Lungentuberkulose sterben!! Die Diathese ist erblich: die Psoriasis alterniert mit den anderen erblichen „Diathesen" als gleichstehende Glieder einer Kette: Asthma, Ekzem, Gicht, akuter Gelenkrheumatismus!! Einen Fall von Magengeschwür bei einem Psoriatiker, einen anderen mit Asthma will G. damit geheilt haben, daß er die gerade schlummernde Psoriasis durch Sinapismen hervorrief; dieses Magengeschwür ist nach G. eine Metastase der Psoriasis.

Die Fälle mit lebenslänglicher Psoriasis sterben fast alle an Arteriosklerose mit Schrumpfniere oder an Mastdarmkrebs! Diese überraschende Erfahrung läßt G. unerklärt!

Trotzdem kommt er zum Schlusse seiner Ausführungen nicht darauf zurück, daß der Psoriatiker besonders zu Tuberkulose disponiert sei!

Werther-Dresden.

Ätiologische Studien über Psoriasis vulgaris, von ARMBRUSTER-Schweinheim. (Ärztl. Viertelj. Rundsch., 1912, Nr. 3.) Ohne auf die etwas eigenartige Beweisführung des Verfassers für seine Anschauungen über die Ätiologie der Psoriasis ein-

Digitized by Google

zugehen, soll hier nur sein eigenes Resümee, das er über die Ursachen der Psoriasis zusammenstellt, wiedergegeben werden. 1. Neuropathische Einflüsse; 2. hydropische Einflüsse; 3. Anhäufung gewisser Stoffwechselprodukte im Organismus (Leukomain-, Xanthin- und Kreatinkörper).

Durch Anhäufung dieser Stoffe an bestimmten Stellen des Körpers glaubt der Verfasser auch die Prädilektionsstellen der Psoriasis erklärt. Lasch-Breslau.

Einige Betrachtungen über Psoriasis, von Magers-Berlin-Wilmersdorf. (Medico. 1912, Nr. 40.) Verfasser hat bei einem vierjährigen Knaben, bei dem aus finanziellen Gründen eine Behandlung der Psoriasis unterblieben war, die Eruption nach einem schweren Masernexanthem mit großlamellöser Schuppung verschwinden sehen, und den Patienten dann mehrere Jahre bis zum Momente der Veröffentlichung rezidivfrei bleiben sehen.

Ferner hörte er, bei einem längeren Aufenthalte in Leysin (1200 m hoch), daß Patienten dort bei längerem Kurgebrauch ohne jede spezifische Behandlung ihre Psoriasis los würden und frei blieben. Daraus schließt der Verfasser, daß die Psoriasis in engem Zusammenhange mit dem Stoffwechsel stehe und empfiehlt As-Kuren und Quarzlampe, deren Strahlenwirkung derjenigen der Sonne im Höhenluftkurort am nächsten kommt. Sehr begüterte Patienten könnte man auch zum Zwecke der Heilung der Psoriasis lange Zeit in Höhenluftkurorten zubringen lassen.

Lasch-Breslau.

Psoriasis familialis, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. (Journ. amer. med. assoc., 10. Aug. 1912.) Auf Grund seiner eigenen und anderer Erfahrungen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die Psoriasis keine erblich übertragbare Krankheit ist, daß man sie sehr selten in mehr als einem Falle in einer Familie findet. Unter Hunderten von untersuchten Fällen konnte Verfasser dies nur sechsmal feststellen. Wenn die Ätiologie bis jetzt auch noch nicht geklärt ist, so deutet doch das zu beobachtende gehäufte Auftreten auf parasitären Ursprung.

Fendt-Wiesbaden.

Die Diagnose der Psoriasis und der psoriasiformen Syphilide durch methodisches Kratzen, von R. Lutembacher. (Monde méd., 15. Juni 1911.) Das von Brocq als methodisches Kratzen bezeichnete Verfahren wird ausgeübt, indem man mit einer Vidalschen Kürette zart über die zu untersuchende Effloreszenz fährt, so langsam Schicht für Schicht des Gewebes abhebt und sorgfältig auf die eintretenden Veränderungen achtet. Diese sind vom histologischen Aufbau der Effloreszenz abhängig. Bei der Psoriasis liegen die Veränderungen hauptsächlich in der Epidermis: die Malpighische Schicht ist verdünnt, die interpapillaren Zapfen verlängert. Man wird also beim methodischen Kratzen die sonst normalen Gefäße der Kutis bald lädieren, und es wird bei jungen Effloreszenzen Purpura auftreten, der sich sehr rasch Hämorrhagie anschließt. Die Purpura besteht aus einzelnen regelmäßigen Blutpunkten. Bei älteren Läsionen wird es gleich zur Hämorrhagie kommen. Bei der syphilitischen Papel sind die Veränderungen hauptsächlich in der Kutis zu finden, die stark infiltriert ist und deren Gefäße hochgradige Endothelveränderungen zeigen; die Papillen sind fast verschwunden. Man wird beim Kratzen also auch die Gefäße bald lädieren und Purpura erzeugen; diese besteht aber aus unregelmäßigen, rasch konfluierenden Blutpunkten. Es wird jedoch viel länger dauern, bis es zur Hämorrhagie kommt. Richard Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Psoriasis mittels Kälteanwendung, von Axmann-Erfurt. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Verfasser empfiehlt 15—30 Sekunden Vereisung mit CO_2 unter Druck bei Psoriasis vulgaris, dann Bedeckung mit

Digitized by Google

BEIERSDORFS Guttaplast Nr. 16 oder später Nr. 247. Nach Abheilung in 8 bis 10 Tagen sollen die behandelten Partien wie ausgerottet sein und in zarte, weiße Narben verwandelt sein. V. Caesar-Dresden.

Die Behandlung der Psoriasis mit ultravioletten Strahlen („Höhensonnen"-Bad), von BREIGER-Berlin. B. konstruierte sich mittels einer Quarzlampe eine neue Beleuchtungslampe, mit welcher es möglich ist, eine ganze Körperseite auf einmal zu belichten. Diese Art der Belichtung nennt er Höhensonnenbad. Fälle von Psoriasis, die er damit behandelte, heilten ausnahmslos, ohne ein Rezidiv zu bekommen. B. empfiehlt diese Behandlungsart als vollkommen ungefährlich, höchst angenehm und sicher wirkend. Schourp-Danzig.

Behandlung der Psoriasis mit Enesoleinspritzungen, von R. SABOURAUD. (La Clinique, 1912, Nr. 23.) Durch einen Zufall bekam SABOURAUD, der an der Heilbarkeit der Psoriasis mittels externer Salbenbehandlung oder interner Therapie — sei es durch strenge Diät, sei es durch Arzneimittel — verzweifelte, einen Fall von Psoriasis bei einem Luetiker zu sehen, bei dem Enesolinjektionen die psoriatischen Plaques fast völlig zum Verschwinden brachten. Da die Wirkung des Enesols (organ. As-Präparat + Hg) nach den bereits bekannten Erfolgen mit Natriumkakodylat plausibel erschien, wendete SABOURAUD bei jedem Psoriatiker Enesolinjektionen an und erzielte in mehr als 75% der Fälle sehr gute Erfolge.

Beim Auftreten eines neues Schubes von Psoriasisplaques genügten oft einige Enesolinjektionen in Intervallen von 2—3 Tagen je 0,03 g, um ohne externe Behandlung erhebliche Besserung zu erreichen, und zwar bei Fällen, die sich gegen Salbenbehandlung besonders refraktär verhalten hatten.

Infolge dieser guten Erfolge fordert S. zur Nachprüfung auf, wenn er auch nicht ganz frei von Skeptizismus ist und nicht glaubt, ein definitives Heilmittel für die Psoriasis gefunden zu haben. Otto Lasch-Breslau.

Acidum lacticum und Kolonirrigationen zur Behandlung der Psoriasis, von JAMES MACFARLANE WINFIELD-Brooklyn. (Journ. amer. med. assoc., 10. Aug. 1912.) Die Psoriasis ist eine Stoffwechselerkrankung. Die hierauf gegründete Therapie besteht aus der Verabreichung von verdünnter Milchsäure, 10—30 Tropfen mit Wasser gut verdünnt vor den Mahlzeiten, und täglichen Kolonirrigationen mit Kochsalzlösung. Die Erfolge sollen besser sein als mit den sonst üblichen Methoden. Fendt-Wiesbaden.

Porokeratosis, von A. PASINI-Mailand. (VII. Intern. Derm.-Kongr., Rom 1912). PASINI stellt einen typischen Fall von Porokeratose vor, einer Krankheit, die in Italien nicht häufig ist. Der Fall ist interessant, weil er die klinischen Eigentümlichkeiten der Krankheit sehr ausgeprägt zeigt und auch den hereditären Charakter derselben demonstriert: Aus der Anamnese ergibt sich, daß bis zum Urgroßvater unter 37 Familienmitgliedern die Erkrankung bei 26 auftrat. Sie stellte sich ohne Unterschied in beiden Geschlechtern ein, und in der Deszendenz zeigten sich keine Veränderungen oder Abschwächungen, wenn der Vater gesund war. PASINI benutzt den Fall, um die klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten der Krankheit zusammenzufassen. Pathologisch-anatomisch faßt er sie als Nävus auf. A. Gunsett-Straßburg.

Die Vakuumelektrode bei Neurodermitis, von GOODWIN TOMKINSON-Glasgow. (Med. Press a. Circ., 1912, Nr. 3828.) Der Wert der Hochfrequenzströme bei juckenden Hauterkrankungen ist noch nicht genügend gewürdigt. Verfasser erzielte hiermit unter Anwendung der Vakuumelektrode bei Lichen simplex chronicus, Neurodermitis, einige gute Erfolge. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Lichen ruber planus durch Salvarsan geheilt, von R. POLLAND. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Ein sehr ausgebreiteter Lichen ruber planus von ganz typischer Beschaffenheit bei einer 47 jährigen schwächlichen Frau wurde mit Salvarsan behandelt; nach 0,3 Salvarsan intravenös keinerlei Allgemeinreaktion und keinerlei wesentliche Beeinflussung des Exanthems. Nach zehn Tagen wurde die Injektion wiederholt mit 0,4, worauf eine heftige Allgemeinreaktion mit hohem Fieber, Erbrechen und allgemeiner Schwäche eintrat, zugleich aber auffallende regressive Veränderungen am Exanthem, das dann auch auf nachfolgende lokale Behandlung prompt reagierte. W. Lehmann-Stettin.

Über die Behandlung der Leukoplakie mit Salvarsan, von RENÉ GUERRIN. (Thèse de Paris, 1912.) Frische Leukoplakien zeigen in der Regel unter Salvarsanbehandlung eine prompte Beeinflussung oder Heilung. Auch ältere Fälle werden noch günstig beeinflußt. Nur die karzinomatöse Leukoplakie verhält sich dem Mittel gegenüber refraktär. Fritz Loeb-München.

Über Leukoplakia buccalis, mit Bericht über 3 Fälle, von ROBERT H. JOY-Philadelphia. (New York med. Journ., 13. April 1912.) Die Folgerungen, welche sich für J. aus den drei, sämtlich ältere Männer betreffenden Fällen ergeben, lauten gegen die syphilitische Natur der Leukoplakie, und zwar aus folgenden Gründen: Die überwiegende Mehrzahl der Fälle, bei welchen die Flecken vorkamen, bieten weder anamnestisch noch bei der Untersuchung syphilitische Erscheinungen, ebenso wie diese drei Fälle, wo auch (bei zweien, der dritte wurde darauf nicht untersucht) die WASSERMANNsche Reaktion negativ war. Es wurde ferner zuweilen beobachtet, daß Jodkalium die Leukoplakie verschlimmert, im Gegensatz zu den meisten anderen syphilitischen und parasyphilitischen Erkrankungsformen. Es ist wahrscheinlich, daß irgend ein noch unbekannter Faktor die Mundschleimhaut mancher Leute empfindlicher, Reizzuständen zugänglicher macht. Die Reizung, mag es Rauchen oder Tabakkauen, übermäßiger Genuß von Alkohol, heiße oder stark gewürzte Speisen sein, verschlimmert den Zustand. Entzug dieser reizenden Faktoren vermag erst die Affektion zum Stillstand zu bringen. Stern-München.

Behandlung der bukko-lingualen Leukoplakie mit Kupfersulfatlösung, von AVIÈRINOS. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) 20 Tage lang wird die kranke Stelle täglich mit folgender Lösung touchiert: Kupfersulfat 2,0, Aq. dest., Glyzerin āā 10,0. A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Impetigo ulcerosa, speziell mit Methylenblau, von A. F. PLICQUE. (Bull. méd., 1912, S. 614.) Überblick über die neueren Behandlungsmethoden. Mit 1%iger Methylenblaulösung hat VARIOT gute Erfolge erzielt. Richard Frühwald-Leipzig.

Das aphthöse Fieber beim Menschen, von EM. GAUJOUX-Montpellier. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 82.) Der Verfasser hebt das häufige Vorkommen einer Übertragung der tierischen Maul- und Klauenseuche auf den Menschen hervor. Es handelt sich dann gewöhnlich um ein Auftreten von schmerzhaften Aphthen im Munde unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Die Krankheit heilt meistens in wenigen Tagen wieder ab. Der Infektionsmodus ist nicht immer nachweisbar, doch sind genügend Fälle bekannt, in welchen eine Übertragung vom Rind auf den Menschen außer Zweifel ist. A. Gunsett-Straßburg.

Pemphigus infectiosus, durch Staphylokokken hervorgerufen, von E. WEILL und A. DUFOURT. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 18.) Die Verfasser sahen fünf Fälle von Pemphigus infectiosus acutus; zwei bei Masern, einen bei Varizellen, einen bei Scharlach und einen schweren, selbständigen. In den klaren Blasen konnten stets

Digitized by Google

Staphylokokken nachgewiesen werden, deren kulturelle Eigenschaften sie mit den von LANDSTEINER, LEVADITI und PRASEK gefundenen identifizierten. Ein Kaninchen, dem sie 1 ccm Bouillonkultur (vom Scharlachfalle) intravenös injizierten, starb an Staphylokokkensepsis. Ein anderes erhielt Staphylokokken, die von dem idiopathischen Falle stammten, injiziert, und zeigte am anderen Tage an der Unterlippe eine linsengroße Blase, die rasch eintrocknete.

Richard Frühwald-Leipzig.

Experimentelle Übertragung von akutem infektiösem Pemphigus, von LANDSTEINER, LEVADITI und PRASEK. (Compt. rend. des séanc. de la Soc. de Biol., Sitzung vom 29. April 1911, Bd. 61, S. 643.) Ein sechsjähriges Kind erkrankt im Verlauf von Masern an Pemphigus und stirbt zehn Tage nach der Aufnahme. Kurz vorher wurde der Inhalt einer frischen Blase einem Schimpansen durch Skarifikation an den Augenbrauen und am Ohrläppchen eingeimpft. Nach 48 Stunden ging eine Blase an, welche exfoliierte und näßte. Nach einigen Tagen neue Blasen in der Nachbarschaft. Nach 19 Tagen generalisiertes Blasenexanthem, wonach das Tier kachektisch wurde und starb. Eine Tierpassage erzeugte eine leichtere Erkrankung. Kleinere Affen waren weniger empfindlich als der Schimpanse gegenüber der gleichen Impfung.

Werther-Dresden.

Foudroyant verlaufende Psychose mit Pemphygus acutus, von LANDSBERGER. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27.) Es wird von einem Fall von Hebephrenie berichtet, bei dem im Stadium hochgradiger Erregung ein Pemphigus acutus auftrat, der zum Exitus führte. Es traten zunächst zwei Blasen an der linken Wange und dann noch am ganzen Körper pfennig- bis handtellergroße Blasen auf. In der Blutaussaat wurde Staphylococcus aureus und in Ausstrichpräparaten aus älteren Blasen Staphylokokken und Streptokokken nachgewiesen.

Verfasser faßt den Pemphigus als eine septische Allgemeinerkrankung auf, die wahrscheinlich von irgend einer kleineren Verletzung während des Erregungszustandes herrührt mit der Möglichkeit eines gewissen Abhängigkeitsverhältnisses von der Psychose.

O. Junghanns-Dresden.

Über die günstige Beeinflussung des Pemphigus durch Salvarsan, von GUSTAV STÜMPKE. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 27.) In zwei Fällen von Pemphigus vulgaris brachte zweimalige Infusion von Salvarsan sehr prompte Heilung, nachdem in dem einen Fall alle sonst bekannten Mittel erfolglos angewendet worden waren.

H. Lautsch-Graudenz.

Dysidrosis palmaris, eine kosmetische Sommeraffektion, von HEINRICH PASCHKIS. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Verfasser hält die beschriebene Affektion, die wohl von zahlreichen Ärzten schon gesehen worden ist, zwar für eine echte Dysidrose, glaubt aber nicht, daß sie mit dem Cheiropompholyx etwas zu tun hat, da er niemals wirkliche Blasen zu sehen bekommen hat. Auch hat in den von ihm beobachteten Fällen ein Ekzem als Folge stets gefehlt.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Akne mit autogenen Vakzinen und mit solchen, die aus Stammkulturen des Aknebazillus hergestellt sind, von E. D. LOVEJOY-New York. (Amer. Journ. med. scien., Mai 1912.) Verfasser hat einige 50 Fälle von Akne, teils bei Privatpatienten, teils bei Patienten der ELLIOTschen Klinik mit Vakzinen behandelt. Etwa ein Drittel der Serie erhielt eine aus Staphylokokken hergestellte Emulsion, während die anderen teils mit ihrer autogenen Vakzine behandelt wurden, teils mit einem aus der ersten Serie gewonnenen, polyvalenten Stammpräparate. Von den drei Methoden gaben die beiden letzten ziemlich gleich gute

Digitized by Google

Resultate; die autogenen Vakzinen zeigten sich durchaus nicht überlegen in betreff der Heilwirkung; vielmehr bewirkten die älteren Stammemulsionen viel schneller eine Immunisierung bei geringeren unerwünschten Nebenwirkungen. Die nur mit Staphylokokken behandelten Fälle lieferten minderwertige Resultate.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Acne vulgaris mit autogenen Vakzinen, von Orvall Smiley-Indianapolis. (Journ. amer. med. assoc., 27. April 1912.) Bericht über 100 Fälle; stets konnte Verfasser den Aknebazillus nachweisen; die Sekundärinfektion war in 86% durch den Staphylococcus albus, in 10% durch den Staphylococcus albus und aureus zusammen, in 3% durch den Staphylococcus aureus allein, in 1% durch den Staphylococcus albus und citreus zusammen hervorgerufen. Neben den Injektionen Regelung der Diät und Entfernung der Komedonen. Die therapeutischen Erfolge waren gleichmäßig gut. Bei Anwendung von käuflicher Handelsvakzine waren die Erfolge nicht befriedigend. Fendt-Wiesbaden.

Zwei Fälle von Rosazea, von Kocher. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 11.) Zwei Fälle von Rhinophyma wurden operiert. Der eine durch keilförmige Exzision und Naht, der andere wurde einfach abrasiert. Überhäutung von den tief eingesenkten Talgdrüsenresten aus. Der kosmetische Erfolg war im zweiten Fall besser.

Werther-Dresden.

Zwei Fälle von Rhinophyma, von Fernando Lux-Bahia. (Arch. Bras. de med., Okt. 1911, Nr. 5.) Beide Fälle von Rhinophyma wurden operativ behandelt. Die histologische Untersuchung der Tumoren ergab eine Hypertrophie der Haut in allen Schichten einschließlich der Gefäße. Die Talgdrüsen waren erweitert und von einer käsigen Masse erfüllt. Ätiologisch kam im ersten Falle Arteriosklerose, im zweiten Syphilis in Betracht. A. Gunsett-Straßburg.

Dermatomykosen, von Friedrich Kanngiesser-Braunfels a. d. Lahn. (Allg. med. Central-Ztg., 1912, Nr. 18 und 19.) Aus der Zusammenstellung interessieren besonders als weniger bekannt:

Tinea albigena und imbricata, vornehmlich auf dem malayischen Archipel beobachtet. Tinea albigena hervorgerufen durch Trichophyton albicans. Krankheit der Epidermishornschicht, speziell der Fußsohlen und Handflächen. Die dort schwielige Haut wird zunächst in kleinen Bläschen abgehoben, welche alsbald infolge ihres Juckreizes aufgekratzt werden, so daß das rote Rete Malpighi bloßliegt. Dieses überhäutet sich zart, pigmentlos, daher der Name albigena. Auch Nägel zuweilen befallen: lamellös bröckelig (Chrysarobintherapie).

Tinea imbricata, hervorgerufen durch Trichophyton oder Aspergillusart. Nie in den Haaren, sonst werden fast alle Stellen der Körperhaut befallen, die dann mit seidenpapierähnlichen, in konzentrischen Linien angeordneten Schuppen bedeckt ist. Juckbeschwerden (Chrysarobintherapie).

Pintokrankheit (Mexiko, Zentralamerika, Chile), äußert sich in hellgrauen bis schwarzen, bläulichen, roten, gelben oder weißen Flecken, vornehmlich an unbedeckten Körperstellen, aber auch über den ganzen Körper ausgebreitet. Die Haare können weiß werden und abfallen. Es besteht Juckreiz und Abschuppung, die Kranken verbreiten widerlichen Geruch. Erreger: verschiedene Aspergillusarten, jede Farbenvarietät wird durch eine besondere Art hervorgerufen.

Sporotrichosis, Erreger Sporotrichum Beurmanni, saprophytisch auf Pflanzen gefunden (Schwarz- und vielleicht auch Rosendorn). Außer anderen Erscheinungen auch Hauterkrankung. Diese tritt vornehmlich auf in Form der disseminierten Sporotrichose, bei der regellos zahlreiche, meist subkutane Knötchen

Digitized by Google

lymphogen oder hämatogen auftreten; sie erreichen eventuell Haselnußgröße, sind rot, derb, nicht schmerzhaft, können aufbrechen, Eiter entleeren und sich mit einer Kruste bedecken, nach deren mehrfacher Entfernung sich ein zackiges Geschwür bilden, von dem wiederum die lymphangitische Form der Sporotrichose ausgehen kann. Diagnose durch Pilznachweis und Kulturen. Der Pilz wächst in dunkelbraunen bis schwarzvioletten Kulturen. Prognose bei Jodtherapie günstig.

Maladie du Frien, „Frienite" im südlichen Frankreich. Der Sporenstaub von Pilzen, die auf dem Schalmeienrohr wachsen, ruft die Krankheit hervor; sie äußert sich in einem juckenden, brennenden, erysipelatösen Ausschlag, speziell im Gesicht (tränende, entzündete Augen, Entzündung des Nasenausgangs, Schwellung der Lippen, weißliche Plaques in der entzündeten Mundhöhle) und an den Genitalien (schmerzhafte Erektionen, Rötung, Schwellung, Phimosis bei Männern, bei den Frauen Pruritus vulvae, aufsteigende Entzündung bis in Uterus und Blase, Hämaturie, Ischurie). Auf der geröteten Haut zuweilen Pustelbildung, auch Hautgangrän mit tödlichem Ausgang. Sonst stets Heilung unter Desquamation. Es können, wahrscheinlich durch Einatmen des Sporenstaubes, erhebliche Allgemeinstörungen bestehen. Franz-Dresden.

Über Mikrosporie in Wien, von Gustav Riehl-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 22.) Die Mikrosporiefälle beschränken sich auf zwei Bezirke Wiens; die Infektion erfolgte in einer Schule; insgesamt kamen 226 Fälle zur Beobachtung und Behandlung. Eine Infektion ganzer Schulklassen konnte verhütet werden. Die Behandlung erfolgt durch vollkommene Epilation der Kopfhaut mittels Röntgenbestrahlung und durch Abschälung der ganzen Hornschicht mittels Anwendung von Jodtinktur, Seifenpräparaten, Unguentum Wilkinsonii oder ähnlichen Mitteln. Schourp-Danzig.

Trichophytie und Mikrosporie in der Provinz Mailand und Como, von Pasini und Bottelli-Mailand. (VII. Internat. Dermat.-Kongreß, Rom 1912.) Die Verfasser nahmen von mehreren Hundert Trichophytiefällen der Provinz Como und Mailand 123 in methodisches klinisch-mikroskopisches und kulturelles Studium und erzielten davon 12 kulturell verschiedene Varietäten von Trichophytie: das Trichophyton violaceum (43 Fälle), das T. plicatile (40), das T. rosaceum (12), das T. exsiccatum (7), das T. pilosum (4), das T. fumatum (4), das T. umbilicatum (4), das T. cerebriforme (3), das T. pseudocrateriforme (2), das T. lacticolor (2), das T. sulfureum (1) und das T. glabrum (1).

Aus dem vergleichenden Studium jeder dieser Varietäten mit den klinischen Lokalisationen und Erscheinungen kommen die Verfasser zum Schlusse, daß es einen sicheren Zusammenhang zwischen mykologischer Varietät und klinischem Befund nicht gibt.

Pasini fand außerdem in diesen Provinzen von 1906 bis 1912 83 Mikrosporiefälle, welche von drei Mikrosporonarten herrührten: M. Audouini (54), M. iris (27), M. equinum (2). Über alle diese Mikrosporonarten gab Pasini in früheren Publikationen genauen Bericht. A. Gunsett-Straßburg.

Favus corporis, von A. Havas-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 26.) In diesem Falle besteht der Prozeß seit 5 Monaten. Auf dem Unterschenkel sitzen drei übereinandergelegte, breite, starke, abschuppende, von rotem Hof umgebene, kronengroße, schwefelgelbe Scheiben. Nach Entfernung des bröckeligen, lockeren, gelben Stoffes, ist die Haut epithelfrei, lebhaft rot, nässend. Weiter oben ist ein schwefelgelbes, in der Mitte tellerartig vertieftes, linsengroßes Favusskutulum von idealer Form sichtbar. Unter dem Mikroskop sieht man reichlich Myzelien und

Digitized by Google

Gonidien. Nach Erweichen des Skutulums heilt das Leiden nach einigen energischen Seifenwaschungen. Porosz-Budapest.

Über spezifische Reaktion bei Trichophytie, von B. Mailer. (Diss., Königsberg, 1912.) Zwischen Trichophytinreaktion und Tuberkulinreaktion besteht eine weitgehende Ähnlichkeit, sowohl bei kutaner als bei subkutaner Impfung. Besonders bei tiefen Trichophytien, wo also nicht nur Infektion der Haare oder der obersten Hornschicht besteht. Zweifellos dürfte auch der Mechanismus beider Reaktionen der gleiche sein. Es sind die Trichophytiereaktionen so zu erklären, daß im Organismus von Kranken mit Trichophytia profunda ein Stoff entsteht, welcher in Verbindung mit Trichophytin die lokale und allgemeine Reaktion ergibt. Bezüglich spezifischer Reaktionen wie bezüglich der Immunität verhalten sich Trichophytia profunda und die oberflächliche Trichophytie ganz verschieden, obgleich beide Erkrankungen aus einem und demselben Pilz stammen. Während die Trichophytia profunda nach Trichophytininjektionen eine ausgesprochene lokale und allgemeine Reaktion gibt und Immunität gegen neue Erkrankung erzeugt, zeigt der oberflächliche Herpes tonsurans nach der Trichophytininjektion keine Reaktion, und ebenso scheinen oberflächliche Trichophytinerkrankungen zu keiner ausgesprochenen Immunität zu führen. Auch die klinischen Beobachtungen sprechen dafür, daß bei tiefgehender Trichophytie allmählich Immunität zustande kommt, während dies bei oberflächlicher Trichophytie ebenso wie beim Favus nicht der Fall ist. Die eigenen Untersuchungen des Verfassers bezogen sich im wesentlichen auf Prüfung der Kutanreaktionen bei Trichophytiekranken nach Einimpfung von Trichophytin. Im großen und ganzen stimmen die Resultate seiner Untersuchungen mit denen von Plato und Bloch überein, nur hat er zum Unterschied von Bloch auch bei einigen Fällen von oberflächlicher Trichophytie positive Resultate erzielt, allerdings war die Reaktion gewöhnlich nur schwach und trat auch nur bei Kranken, deren Trichophytie bereits mehrere Monate bestand, auf. Schließlich hat Verfasser das Blut einer Anzahl von Trichophytiekranken auf das Vorhandensein spezifischer Ambozeptoren mit Hilfe der Komplementablenkungsmethode untersucht. Dabei wurden ähnliche Resultate wie bei der Kutanreaktion erhalten, d. h. bei tiefen Trichophytienfällen fiel der Versuch mit der Komplementablenkung positiv aus, während bei oberflächlichen Formen nur einige Male ein positives Resultat erzielt werden konnte.

Fritz Loeb-München.

Über Haut-Sporotrichosis, von George B. Fosten und William H. Thearle-Fort Leavenworth, Kan. (New York med. Journ., 31. Aug. 1912.) Der von Verfassern beobachtete Fall ist der erste, welcher in den Vereinigten Staaten (nach etwa 20 veröffentlichten Fällen in der Zivilbevölkerung) unter der Armee vorkam. Er betraf einen jungen Soldaten, der zuerst „Beulen" an linker Hand und Vorderarm hatte, an deren Stelle nach etwa 14 Tagen Geschwüre auftraten. Dieselben wurden kürettiert und antiseptisch behandelt, es folgte aber keine Heilung, vielmehr traten längs des Armes (im Verlaufe der Lymphgefäße) knotige Verdickungen auf, und innerhalb 3 Wochen hatte die Infektion die Achselhöhle (verdickte Drüsen) ergriffen. Nun ward die Diagnose auf Sporotrichosis gestellt und dieselbe mikroskopisch bestätigt. Patient erhielt Jodkalium in zunehmender Dosis bis zur Toleranz: nach 8 Tagen begann die Heilung und nach 14 Tagen war dieselbe eine nahezu vollständige. Da es bei der Sporotrichosis vor allem auf frühzeitige Diagnose ankommt, so raten Verfasser bei jedem Falle, der mit affizierten Lymphgefäßen begleitet oder davon gefolgt ist und gewöhnlicher chirurgischer Behandlung trotzt, an Sporotrichosis zu denken und wenn irgend möglich, die so einfache mikro-

Digitized by Google

skopische Untersuchung des Eiters (Ausstrichpräparate oder Reinkultur) vorzunehmen. Stern-München.

Sporotrichose, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., Bd. 119, S. 560.) Eine 31jährige Frau bemerkte nach dem Auftreten von rheumatischen Erscheinungen mehrere Knötchen am Bauche und auf den Unterextremitäten. Man fand bei der Aufnahme eine runde Ulzeration an der rechten Wade, mandelgroße, rote, subkutane Knoten am linken Oberschenkel und einen Abszeß am rechten Knie. Die Diagnose Sporotrichose wurde durch die Kultur bestätigt. Besserung durch Jodkalium. Die „rheumatischen" Schmerzen glaubt Verfasser auf Eruptionen im Periost zurückführen zu können. Richard Frühwald-Leipzig.

Einige Fälle von Sporotrichose und die Sporotrichose in der Schweiz, von Dind-Lausanne. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 116.) Die Zahl der bisher in der Schweiz bekannt gewordenen Fälle ist zehn. Drei davon hat D. selbst behandelt. In dem einen handelte es sich bei einem 37jährigen Manne um eine gummöse, ausschließlich subkutane Form, mit über dem ganzen Körper ausgebreiteten sporotrichösen Herden ohne andere Komplikationen. Im zweiten Falle war es ein 16jähriger Mann mit typischen subkutanen Gummen mit knotigen und keloidartigen Hauterhöhungen. Der dritte Fall betraf einen 62 Jahre alten Mann mit ekthymatösen, gummösen subkutanen und intramuskulären sporotrichotischen Veränderungen und mit großen Abszessen in den Muskeln.

Bei der Diagnose der Sporotrichose ist die Anlegung von Kulturen unumgänglich; diese ist leicht auszuführen, da das Sporotrichum auf verschiedenen, leicht zu beschaffenden Nährböden bei Zimmertemperatur wächst. Zum Nachweis des Sporotrichum Beurmanni im Eiter der Abszesse und Gummen hat Galli-Valerio eine Modifikation der von Lumière und Bécue bei der Färbung von Actinomyces bovis angewendeten Methode angegeben. Schourp-Danzig.

Ein Fall von Sporotrichose, von E. Lay. (Gaz. internaz. di Med., Chir. etc., 1912, Nr. 17.) Verfasser berichtet über einen Fall von gummöser Lymphangitis eines Beines, in welchem die Eintrittspforte für die Infektion eine Verletzung am Fuße war. Kulturversuche auf dem Sabouraudschen Nährsubstrat fielen positiv aus. Jodkalium erbrachte völlige Heilung. K. Rühl-Turin.

Septikämische Sporotrichose mit anämisierendem, febrilem Verlauf, von Curcio Antonio. (Policlinico, 1911, Nr. 5.) Der Verfasser berichtet über einen Kranken, der seit 11 Monaten eine Form von subchronischen Entzündungsherden aufwies, welche von gummösem Typus, isoliert und konfluierend in großer Anzahl in den verschiedensten Geweben lokalisiert waren, und zwar in der Haut, dem Unterhautzellgewebe, den Muskeln, dem Periost, den Gelenken und den Knochen.

Die Läsionen der Haut waren morphologisch von pityriasischer Form. Die subkutanen Gummata wuchsen schleichend bis zu Nußgröße, waren hart, nicht scharf abgegrenzt, mit unregelmäßiger Oberfläche, wenig an die umliegenden Gewebe adhärierend und gar nicht mit der Haut verwachsen, welche sich lange Zeit normal hielt. Es folgte entweder eine partielle Restitutio ad intregrum mit Zurückbleiben einer Infiltration, welche für neue Lokalisationen des Prozesses einen Locus minoris resistentiae bildete, oder häufiger eine Verflüssigung und Verwachsung mit der darüberliegenden Haut, welche ulzerierte. Aus der Wunde entleerte sich ein dicker, graugelber Eiter, welcher, längere Zeit im Reagenzglase sich selbst überlassen, homogen blieb. Zuletzt bildete sich eine Fistel, welche nur langsam und mit einer im Zentrum adhärierenden Narbe heilte. Wenn mehrere Gummata konfluierten, so bildeten sich große Abszesse. Die zahlreichen ostealen und osteoarti-

Digitized by Google

kulären Lokalisationen machten Nekrosen oder indolente Karies mit von schlecht aussehenden Granulationen bekleideten Fistelgängen. Während des ganzen Verlaufs hatte der Kranke immer abendliche Temperaturen von 38°. Er wies keine anderen Organerkrankungen auf. Die Inguinaldrüsen waren geschwollen, rund und indolent. Der Kranke war stark anämisch: die Untersuchung seines Blutes ergab 1400000 Blutkörperchen, 8000 Leukozyten mit 4% Eosinophilen. Hb = 56. Der Eiter bestand aus gut erhaltenen Polynukleären und aus Makrophagen, welche Sporen mit hyalinem Rand und stärker gefärbten Polen enthielten. Aus dem Eiter und aus dem Blut konnte das Sporotrichum Beurmanni gezüchtet werden. Die Sporoagglutination war positiv bis zum Verhältnis von 1:400. Beim Tierversuch auf Meerschweinchen konnte Tuberkulose ausgeschlossen werden. Eine intensive Jodkur brachte zwar eine bedeutende Besserung, die aber bei dem bereits zu Anfang kachektischen Kranken nicht andauerte. A. Gunsett-Straßburg.

b. Cutis.

Die Nagelentzündung der Konditoren — eine Berufskrankheit, von Strauss-Nürnberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Verfasser beschreibt in seiner Arbeit eine Berufskrankheit der Konditoren, die sich durch chronischen Verlauf und Multiplizität auszeichnet. Es bilden sich Erosionen am Nagelsaum, in denen sich Zuckerstaub ansammelt und Entzündung verursacht. Der Nagelsaum entzündet sich, und es kommt schließlich zur Abstoßung des Nagels. Dabei nachts gesteigerter, intensiver Juckreiz. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die gewöhnliche infektiöse Paronychie, die jedoch mit akuten heftigen Entzündungserscheinungen und rascher Eiterbildung verläuft. Ekzem des Nagels, dabei jedoch lamellöse Splitterung des Nagels, Einkerbung des Nagelrandes. Psoriasis, welche jedoch nur die Nagelsubstanz befällt und das periunguale Gewebe freiläßt. Paronychia luetica, wobei das periunguale Gewebe frei bleibt und die Nägel trocken und brüchig werden; dabei kommt auch Paronychie der Zehen vor. Therapie: Prophylaxe und hygienische Maßnahmen. Angeblich soll auch Quarzlicht heilen. Kobligh-Dresden.

Entstehung von Panaritien, von Hansen-Hadersleben. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) Verfasser teilt kurz einen Fall mit, bei welchem eine durch Staphylokokken (und Gram-positive Stäbchen) bedingte Entzündung der Hohlhand bei anscheinend intakter Hautoberfläche dadurch entstanden war, daß der betreffende kräftige junge Patient unmittelbar nach dem Ausnehmen von Enten und bei ungenügender Reinigung der Hände Holz gespalten hatte. Die Eiterherde entsprachen genau den Stellen, wo der Beilgriff bei der Handhabung am stärksten gedrückt hatte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diagnose der Ulzerationen der Zunge, von J. L. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Ein kurze Zusammenstellung der differentialdiagnostischen Merkmale der Zungenaffektionen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Behandlung großer Karbunkel durch Zirkumzision, von Heddaeus-Heidelberg. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Bericht über einen Fall von handgroßem Karbunkel am Nacken bei einem Diabetiker. Umschneidung des ganzen Krankheitsgebietes mit einem bis auf die Muskulatur durchgreifenden Schnitt im gesunden Hautgebiet und Auspinselung der Inzision mit Jodtinktur, lokale und intravenöse Kollargolinjektionen und Tamponade mit in 2%iger Kollargollösung getauchter Gase sowie späterhin Verband mit Scharlachrotsalbe hatten den Krankheitsprozeß zur fast völligen Heilung gebracht, als Patient in diabetisches Koma verfiel und zugrunde ging. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zur Pathologie und Ätiologie der sogenannten teleangiektatischen Granulome (Botryomykose), von G. E. Konjetzny-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Verfasser bespricht unter Vorlegung von Abbildungen die histologischen Verhältnisse bei zwei Fällen dieser Affektion, welche er als eine eigentümliche Form von wucherndem Angiom erklärt. Die etwa erbsengroßen Geschwülste saßen in dem einen Fall am Gaumen, im andern an der Zunge. Beide waren im Anschluß an eine Verletzung hervorgetreten mit den bekannten typischen Erscheinungen und waren mit gutem Erfolg durch chirurgischen Eingriff entfernt worden. An einigen Stellen boten die Schnitte das Aussehen eines Spindelzellensarkoms dar und auch einige entzündliche Veränderungen, sonst aber überwog durchaus der angiomatöse Bau. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Granuloma annulare, von Giacomo Define-Neapel. (Giorn. internat. scien. med., 1911, Nr. 19.) Es handelte sich bei einem 40jährigen Manne um zirkumskripte Hautinfiltrate von rötlich-weißer Farbe, von Linsen- bis Pfenniggröße, vom Aspekt einer Neubildung, von glatter Oberfläche, im deprimierten Zentrum von kleinen, weißen Krusten bedeckt, von hart-elastischer Konsistenz, scharf begrenzt und ohne entzündliche Reaktion. Die einzelnen Elemente haben die Tendenz, miteinander zu verschmelzen und so annuläre, gyrierte und zirzinäre Figuren zu bilden. Dieselben sind an den Ellenbogen, den Handgelenken, Händen und Knien lokalisiert. Subjektiv ist nur ein leichter Pruritus zu verspüren. Mikroskopisch besteht die Läsion aus einer unregelmäßig in den kollagenen Bündeln der tiefen Kutis disseminierten Infiltration, welche besonders um die Gefäße dicht ist. Sie besteht aus jungen Bindegewebszellen in den verschiedensten Phasen und aus polynukleären Lymphozyten ohne Riesen-, Mast-, Plasma- oder eosinophile Zellen. In der Mitte — entsprechend der klinisch wahrnehmbaren Depression — zeigen die Zellelemente eine myxomatöse Degeneration. Die Gefäße haben verdickte Wände und ein oft obliteriertes Lumen. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zum Studium der Reclusschen Holzphlegmone, von Andrea Cosentino. (Policlinico, 1912, Nr. 4.) Der Verfasser teilt zuerst die Krankengeschichten zweier Frauen mit, bei denen eine Inguinalhernie und eine Kruralhernie operativ entfernt worden war. Eine Woche nach der Operation trat ohne irgend welche Hautveränderung bei geringem Fieber in der entsprechenden Fossa inguinalis ein Tumor auf von harter Konsistenz, unregelmäßiger Oberfläche, der ins Becken hineinragte. Die Tumoren gingen unter feuchten Kompressen, der eine nach drei Monaten, der andere in kürzerer Zeit zurück. Ein dritter Fall betraf eine typische Holzphlegmone infolge eines Fremdkörpers am Fuße. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Häufigkeit des Erysipelas im deutschen Heer, von Friedrich Büge. (Inaug.-Dissert., Berlin 1912.) Verfasser hat sich der Arbeit unterzogen, nachzuforschen, wie in den preußischen Militärlazaretten, die den Fortschritten der Hygiene und Chirurgie Schritt auf Schritt gefolgt sind, das Auftreten von Erysipel sich verhält. Es überwiegen auch nach den preußischen Sanitätsberichten weitaus die Erkrankungen an Gesichtsrose. Eine rationelle Hautpflege ist am besten geeignet, dem Auftreten des Erysipels vorzubeugen. Bezüglich der Zeit des Auftretens des Erysipels ist es von Bedeutung, daß der Winter durch Kälte und häufige Temperaturschwankungen leicht zu „aufgesprungener Haut", zu Rhagaden führt und dadurch die Wintermonate ein häufigeres Auftreten des Erysipels aufweisen als die Sommermonate. Unterstützend wirken auch die im Winter häufigeren Affektionen der Schleimhäute, besonders der Nasenschleimhaut, die vielfach ein Wundwerden der Haut des Naseneinganges zur Folge haben. Die Behandlungsdauer

Digitized by Google

hat im Durchschnitt in den letzten 30 Jahren fast beständig zugenommen. Da die lokale Bekämpfung der Streptokokken nicht den gewünschten Erfolg hatte, versuchte man es mit Antistreptokokkenseris — gleichfalls ohne das erhoffte Resultat. Auf welche Ursachen die gegen früher längere Behandlungsdauer zurückzuführen ist, ist schwer zu entscheiden. Eine wachsende Virulenz der Erysipelerreger und damit einen allgemein schwereren Verlauf der Erkrankung anzunehmen, liegen keine weiteren Gründe vor. Mortalität sowie Zahl der nach Erysipelerkrankung Dienstunbrauchbaren sind gegen früher unverändert. Als Todesursache ist am häufigsten Hirnhautentzündung erwähnt. Fritz Loeb-München.

Erysipelas gangraenosum scroti et penis, von Kocher. (Schweizer Corresp.-Bl., 1912, Nr. 11.) Ätiologie durch Impfung festgestellt als Streptomycosis acuta. Ausheilung nach ergiebiger Spaltung, wobei die Narbenretraktion die umgebenden Gewebe zum Ersatz der bedeutenden Defekte an Skrotum und Penis heranzuziehen vermochte. Werther-Dresden.

Können, unabhängig von dem Streptokokkus, andere Keimarten den Rotlauf erzeugen?, von A. Poggiolini-Siena. (R. Accad. dei Fisiocritici, Sitzung vom 26. Januar 1912, und Policlinico, Bd. 19, H. 6.) In der großen Mehrzahl der Fälle ist das Erysipelas ausschließlich auf den Streptokokkus zurückzuführen. Zuweilen können andere Keime nicht nur den Verlauf der Krankheit beeinflussen, sondern zusammen mit dem Streptokokkus eine Rolle bei der Ätiologie der Affektion spielen. Staphylokokken, Typhusbazillen und andere Keime können, unabhängig vom Streptokokkus, kein Erysipel herbeizuführen. K. Rühl-Turin.

Durch Streptokokken bedingte Pyämie und Endocarditis vegetans bei Gesichtserysipel, von Lesné, Françon und Gérard. (Presse méd., 1912, Nr. 75.) In einem Drittel der schweren Erysipelfälle gelingt es, aus dem Blute Streptokokken zu züchten. Der Nachweis derselben im Blute ist nicht immer von ungünstiger Prognose, außer wenn sich eine infektiöse Streptokokkenendokarditis hinzugesellt. Sie ist um so gefährlicher, als sie gewöhnlich nicht durch physikalische Untersuchung nachweisbar ist, infolgedessen der Diagnose entgeht und erst durch multiple Embolien in Erscheinung tritt. Vier Krankengeschichten derartiger Fälle werden ausführlich mitgeteilt. A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung des Erysipels mit Jodtinkturpinselungen, von Binet-Nancy. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 26.) Tägliche Pinselung mit Tinct. jodi, Alcohol 90° āā 30,0, Guajacol. cryst. 3,0, dann Okklusivverband. Nach dem 5.—6. Tage schilfert sich die Haut ab, und man hört mit den Pinselungen auf. Der Verlauf der Krankheit wird hierdurch sehr abgekürzt. A. Gunsett-Straßburg.

Über Elephantiasis congenita und ihre Beziehungen zum partiellen Riesenwuchs, von Johann Antoni. (Diss., Heidelberg 1912.) Ein 19jähriger Landwirt beobachtete seit seinem vierten Lebensjahre, daß sein rechtes Bein allmählich dicker und umfangreicher wurde. Ganz langsam hätten sich Knöpfe in der Haut gebildet. Das Bein sei des Morgens stets viel dünner als gegen Abend. Eine Verfärbung des Beines ist niemals bemerkt worden. Hier und da bemerkte Patient Schmerzen im Sprunggelenk. Die Vergrößerung seines Beines veranlaßte ihn, die Heidelberger Hautklinik aufzusuchen, wo der Fall als Elephantiasis congenita lymphangiectodes erkannt wurde. In der Familie sind Erkrankungen dieser Art oder ähnliche nicht vorgekommen. Kräftiger junger Mann von blühendem Aussehen. Sofort fällt eine starke Dickendifferenz der beiden Beine auf. Das rechte Bein und der rechte Fuß sind in toto angeschwollen. Die Verdickung nimmt unterhalb des Knies wesentlich zu und geht in den Fuß über. Der Umfang des linken Beines, über den Malleolen

Digitized by Google

gemessen, beträgt 21 cm, der des rechten 23 cm. Wadenumfang: links 35 cm, rechts 37 cm. Kniegelenk: links 35 cm, rechts 39 cm. Oberschenkel: links 46 cm, rechts 50 cm. Die Schwellung erstreckt sich vom Fuß bis zur unteren Bauchgegend. Das rechte Kniegelenk erscheint viel massiger als das linke. Die Haut ist im ganzen verdickt und eigenartig weich. Fingerabdrücke bleiben nicht bestehen. Auffallend ist eine wesentlich stärkere Behaarung des erkrankten Beines, die sich am Oberschenkel am deutlichsten bemerkbar macht. Das Skrotum ist um das Vierfache des Normalen vergrößert, die Skrotalhaut ist weich und fühlt sich samtartig an. Bedeckt ist sie mit zahlreichen lymphangiektatischen Bläschen. Eine stärkere Absonderung von Lymphe aus diesen Bläschen hat der Patient nie wahrgenommen, doch gibt er an, daß er bei Ritzwunden öfters ein Aussickern von gelblicher Flüssigkeit beobachtet hätte. Der Penis ist ebenfalls vergrößert. Besonders auffallend ist die starke Verdickung des Präputiums, die ungefähr 2 cm breit ist. Irgend eine Drüsenschwellung ist nicht zu finden. Am Unterschenkel fühlt man zahlreiche knotige Verdickungen, die durch Stränge miteinander in Verbindung zu stehen scheinen. Der Fuß ist stark geschwollen und bildet gegen den Unterschenkel eine tiefe Furche. Die Zehen sind stark vergrößert. Sie sind vom Fußrücken durch eine tiefe Einkerbung getrennt und überlagern gewissermaßen einen Teil des Fußrückens. Eine bläulich livide Verfärbung der Zehen, die sich ungefähr zwei Finger breit auf dem Fußrücken fortsetzt, fällt auf, während an der ganzen Extremität sonst nirgends die geringste Verfärbung zu entdecken ist. Auf vier Zehen, mit Ausnahme der großen, sind zahlreiche lymphangiektatische Wärzchen zu sehen, die den ganzen Zehenrücken einnehmen, ja auch an der Plantarseite sichtbar sind und selbst unter die Nägel vordringen. Besonders auffallend ist diese Veränderung an der zweiten Zehe, wo sich gleichzeitig starke Hyperkeratose bemerkbar macht. Unterhalb beider Malleolen, sowohl lateral als medial, wieder eine große Anzahl lymphangiektatischer Wärzchen, und daran anschließend zieht sich starke Hyperkeratose zur Plantarseite des Fußes. Eine Veränderung an den Nägeln ist nicht wahrzunehmen, auch kann der Patient keine Angabe über ein langsames Wachstum derselben machen. Bei der Besichtigung des übrigen Körpers ist mit Ausnahme eines erbsengroßen Fibroma pendulum auf der vorderen rechten Brusthälfte in Höhe der fünften Rippe nichts Besonderes zu bemerken. Das wichtigste an diesem Fall ist die enorme Knochenveränderung, wodurch er sich von den bis jetzt beschriebenen sehr unterscheidet. Bei Palpation des Beines fällt die unebene, rauhe Knochenform auf, die sehr deutlich fühlbar ist. Im unteren Drittel der Tibia fühlt man eine sehr deutliche Vertiefung, die bequem zwei Fingern Raum bietet. Bei weiterer Betastung fallen noch mehrere derartige Unebenheiten auf, die, wenn sie auch nicht von solcher Größe sind, doch deutlich wahrgenommen werden. Die starke Veränderung am Knochensystem, die sich bei der Betastung so deutlich wahrnehmen ließ, veranlaßte den Verfasser, mehrere Röntgen-Aufnahmen zu machen. Die Aufnahmen bestätigen den palpatorischen Befund und gewähren eine ausgezeichnete Übersicht über die enormen Veränderungen am Knochensystem. Am stärksten verändert ist die Tibia und Fibula. Die Strukturzeichnung weicht wesentlich von der Norm ab, was sich besonders bei einem Vergleich mit dem gesunden Bein zeigt. Am auffallendsten sind die Veränderungen in der Spongiosa. Anstatt der feinmaschigen, regelmäßigen Zeichnung beim gesunden Knochen hier eine unregelmäßige mit starker Rarefizierung und Usurierung. Im unteren Drittel der Tibia ist die Spongiosa stark verbreitert und die Substantia compacta bis auf ein Minimum verschmälert. Dies ist die Stelle, die man bei der Betastung als große Vertiefung im Knochen fühlte. Exostosenbildung fällt nirgends

Digitized by Google

auf. Für Lues ist sowohl in aszendierender Linie kein Anhaltspunkt vorhanden, wie auch beim Patienten selbst eine derartige Erkrankung auszuschließen ist. In fast allen Fällen der Elephantiasis congenita lymph. stehen im Vordergrunde verschiedene Anomalien des Lymphgefäßsystems neben einer massenhaften Neubildung von Bindegewebe. In dem beschriebenen Fall kann man wohl von einer so starken Verdickung aller Gewebe sprechen, daß eine Grenze zwischen dem partiellen Riesenwuchs und der Elephantiasis congenita schwer zu ziehen ist. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Ödema orbitalis als Sekundärerscheinung von Gesichts-Dermatitis, von HOWARD F. HANSELL-Philadelphia. (New York. med. Journ., 3. August 1912.) Der Fall, ein junges Mädchen betreffend, hatte große Ähnlichkeit mit Erysipel und unterschied sich von diesem nur durch die fehlende Demarkationslinie. Die Allgemeinsymptome bestanden in Temperaturerhöhung von 37,8 bis 39,5° C, Schmerzen, Schwellung und Steifheit der größeren Gelenke und einem oberflächlichen, rasch verschwindenden und häufig wiederkehrenden erythematösen Ausschlag. Die linke Wange war gerötet und geschwollen, hart auf Berührung, nicht schmerzhaft, die rechte viel weniger betroffen, die ganze Umgebung der Orbita beiderseits geschwollen und auf Druck etwas empfindlich, die linke Konjunktiva aufgedunsen, gerötet. Während die Beteiligung der Lidhaut bei verschiedenen Hauteruptionen, ebenso Bindehaut- und Hirnhautkomplikationen hierbei häufig sind und Cellulitis orbitae mit deren schwersten Folgen oft zum klinischen Bild des Gesichtserysipels gehören, sind Bindehaut- und subkonjunktivale Infiltration infolge von einfacher Dermatitis des Gesichts, wahrscheinlich septischen Ursprungs, höchst seltene Vorkommnisse. Stern-München.

Schweinerotlauf beim Menschen. Gleichzeitig ein Beitrag zur Erysipeloidfrage, von GUSTAV GUENTHER-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 35.) Die beste Behandlung einer Infektion mit Schweinerotlauf ist die Behandlung mit dem Rotlaufserum, das heute, durch verschiedene Laboratorien hergestellt, im Handel zu haben ist; es empfiehlt sich, große Dosen zu geben. Verfasser ist der Meinung, daß das ROSENBACHsche Erysipeloid nicht nur einem Schweinerotlauf ähnlich, sondern tatsächlich Schweinerotlauf ist. Abgesehen von anderen Punkten, die hierfür sprechen, scheint die prompte Wirkung des Rotlaufserums und das rasche Abheilen der Erysipeloidfälle danach dafür zu sprechen. W. Lehmann-Stettin.

Unser Wissen und Nichtwissen von der PLAUT-VINCENTschen Angina, von GERBER-Königsberg. (Ztschr. f. Laryngol., Rhinol. usw., 1911.) Die Angina ulcero-membranacea PLAUT-VINCENTI ist eine Affektion der Mundrachenhöhle, die große Ähnlichkeit mit Diphtherie und noch mehr mit Lues haben kann. Im mikroskopischen Bilde sieht man Bacilli fusiformes und Spirochaetae refringentes, die anscheinend in Symbiose leben. Sind beide vielleicht bloß Entwicklungsstufen eines und desselben Mikroorganismus oder verschiedene Mikroorganismen? Für letzteres spricht: 1. es sind keine Zwischenformen beobachtet; 2. beide Mikroorganismen besitzen verschiedene Tinktionsfähigkeit und Lichtbrechungsvermögen. Spirochaetae sowie Bacilli fusiformes sind beide nach experimentellen Untersuchungen zum Zustandekommen der Krankheit nötig. Nach Salvarsan schwanden sowohl Spirochäten wie Fusiformes. PAUL vermischte Spirochätenkulturen mit Fusiformes; bei Impfung auf Mäuse entstanden Abszesse, die beide Arten enthielten. Die Lebensfähigkeit der einen Art sowie ihre Pathogenität wird durch Gemeinschaft mit der anderen gesteigert. Nach demselben Verfasser fanden sich bei Untersuchung der Gewebe in der Umgebung der Abszesse in den tieferen Zonen vorherrschend Spirochäten, ja sogar oft allein. Auch bei anderen Mundrachenaffektionen gibt es spirochäto-fusi-

Digitized by Google

forme Formen, die dasselbe mikroskopische Bild bieten. Die PLAUT-VINCENTsche Angina ist nur eine besondere klinische Form aus dieser Reihe. Bei gewissen Formen der Diphtherie spielen die beiden Mikroorganismen eine Nebenrolle, bei Angina ulcerosa und Gingivo-Stomatitiden sind sie die Erreger. Daß diese Affektionen von den Zähnen ausgehen, dafür spricht, daß sie bei zahnlosen Kindern nicht vorkommen. Kobligh-Dresden.

Lokale Behandlung der Angina VINCENTI durch Salvarsan. (Bull. méd., 1912, S. 901.) Salvarsan in Pulverform heilt diese Krankheit rapid.

Richard Frühwald-Leipzig.

Fall von Mycosis fungoides, von MAZET. (Lyon méd., Bd. 119, S. 514.) Die 56jährige Patientin hatte vor etwa zwei Jahren eine heftig juckende Eruption am Körper. Bald darauf entstand an der rechten Hüfte ein kaum schmerzhafter, rötlicher Tumor, der langsam wuchs und schließlich ulzerierte. Das Geschwür war bei der Aufnahme handtellergroß, tief, kraterförmig, mit foetidem, schmierigem Belag und schinkenfarbigen, nicht indurierten Rändern. Unterhalb dieses mehrere bläulichrote Knötchen. Verfasser schließt Tuberkulose, Syphilis und Neoplasma aus und stellt die Diagnose: Mycosis fungoides. Richard Frühwald-Leipzig.

Zwei Fälle von Madurafuß (Mycetoma pedis) in Griechenland, von JOHANNES CATSARAS-Athen. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Nr. 14.) Der Verfasser gibt an der Hand zweier von ihm selbst beobachteter Fälle der so selten beschriebenen Krankheit einen Bericht vom klinischen und pathologisch-histologischen Standpunkte. Zur näheren Illustrierung bringt er wohlgelungene Bilder über das makroskopische Aussehen und eine farbige Tafel seiner histologischen Untersuchung. Beide Fälle stammen aus den zwei entgegengesetzten Teilen Griechenlands. Interessant ist ferner, daß beide Fälle durch zwei ganz verschiedene Pilzarten hervorgerufen sind. Während bei dem einen Fall um jedes Pilzkörperchen eine verhältnismäßig breite Zone von gelapptkernigen Leukozyten liegt — es sich also um kleine Abszesse handelt —, ist bei dem zweiten Fall die Eiterzone nicht immer vorhanden, so daß die Pilzkörperchen sehr oft direkt von dem Granulationsgewebe umlagert sind.

W. Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zur Kenntnis des Rhinoskleroms in Rumänien, von DEMETRIADE und VRANCEANU. (L'annuaire général du Jubilé de l'Université de Jassy. Jassy 1911.) Die Verfasser geben zunächst einen Überblick über das, was feststeht und nicht feststeht. Das Rhinosklerom ist eine Krankheit der Armen, im zweiten Jahrzehnt des Lebens beginnend. Wenn übertragbar, so ist es jedenfalls schwer übertragbar. Dem Geschwulststadium geht ein Ozänastadium voraus. Der langsame Verlauf der Krankheit über Jahre hinaus, bei gutem Allgemeinbefinden, ist charakteristisch und differentialdiagnostisch gegenüber Syphilis besonders wertvoll. Gegenüber Syphilis und Tuberkulose ist die histologische Untersuchung einer Probeexzision ausschlaggebend; die FRISCHschen Bazillen, welche noch nicht von den FRIEDLÄNDERschen Pneumobazillen differenziert werden können und auch noch nicht als Erreger des Rhinoskleroms angesehen werden dürfen, die MIKULICZschen Zellen und das Plasmom, besonders um Blutgefäße herum, sind dabei charakteristisch. Zur Färbung empfiehlt sich besonders Kresyl-echtviolett. Die Therapie mit Fibrolysin, Arseninjektionen, Pyozyanase ist erfolglos, mit Karbolwasserverbänden nicht ungünstig. Erfolge kann nur die chirurgische Entfernung der Neubildung haben.

Am Schlusse bringen die Verfasser drei Fälle aus eigener Beobachtung mit Abbildungen. Werther-Dresden.

Digitized by Google

Sklerom, geheilt durch Röntgenbehandlung und über meine Methode der Bestrahlungen, von B. SABAT-Lemberg. (Verhl. der Dtsch. Röntgenges., Bd. 8.) Einer 45jährige Frau mit ausgedehnten skleromatösen Verunstaltungen der Nase und der Oberlippe (Verdickung und Verbreiterung des Nasenrückens und der Nasenflügel, Verlegung der Choanen mit harten, knotigen Massen, Granulationen auf der hinteren Rachenwand, auf den Gaumenbogen und auf dem weichen Gaumen, Veränderungen, die sich bis zum Kehlkopf erstreckten) wurden im Verlaufe von 16 Monaten 13 Bestrahlungssitzungen gegeben. Der Erfolg war ein ganz ausgezeichneter. Die beigegebenen Abbildungen, die den Fall vor und nach der Behandlung zeigen, lassen als Resultat der Bestrahlungen ein fast normales Aussehen erkennen. Die Frau, welche vor der Röntgenbehandlung infolge der Verunstaltung so häßlich und ekelerregend aussah, daß sie ihr Gesicht nicht öffentlich zu zeigen wagte und immer mit einem Tuche umwickelt hielt, wird heute als geheilt betrachtet, wenn auch die Anwesenheit irgend eines latenten Krankheitsherdes mit vollständiger Sicherheit nicht ausgeschlossen werden kann.

Da die Empfindlichkeit der einzelnen Gewebe bzw. die Art und Intensität der Reaktion nicht nur von der Quantität, sondern auch von der Qualität der angewandten Strahlen abhängt, und man in einem bestimmten einzelnen Falle nicht wissen kann, welche Strahlen am meisten Erfolg versprechen, so erschien es dem Verfasser rationell, den Fall mittels RÖNTGEN-Röhren von verschiedenen Härtegraden zu bestrahlen. Er glaubt mit dieser Methode der „heterogenen Bestrahlung" in erster Linie sein gutes Resultat erreicht zu haben. W. Lehmann-Stettin.

Rhinosklerom und Salvarsan, von WOLDEMAR LIECK. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 10.) Auf Grund seiner Erfahrungen an einem Falle und der Literatur spricht sich Verfasser dahin aus, daß Salvarsan zwar in vitro den Rhinosklerombazillus prompt tötet, aber beim Menschen intravenös injiziert ohne jeden Einfluß auf die Krankheit bleibt. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Desinfektion von Tierhaaren zur Verhütung von gewerblichem Milzbrand, von LAUBENHEIMER. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 52, H. 3.) Verf. führt den Nachweis, daß die gesetzlichen Vorschriften zur Desinfektion der Tierhaare nicht genügen, um Milzbranderkrankungen zu verhindern, und schlägt eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung des Schutzes der Arbeiter vor. Haas-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über den Antagonismus des Milzbrandbazillus und des Bacillus pyocyaneus. Behandlung des Milzbrands mit Pyocyanein, von FORTINEAU-Nantes. (Presse méd., 1912, Nr. 66.) Der Verfasser faßt seine experimentellen Untersuchungen der Milzbrandbehandlung mit Pyozyaneustoxin an Meerschweinchen, Kaninchen, Hammeln und Rindern zusammen. Außerdem teilt er unter 18 Krankengeschichten von Heilungen am Menschen folgende beiden charakteristischen Fälle mit: 1. 38jähriger Mann mit Pustula maligna am Hals, 39,8° Fieber und 90 Pulsen. Nach Injektion von 20 ccm Pyocyanein starker Schüttelfrost. Nach zwei Tagen Verschwinden des Ödems, nach drei Tagen ist auch die Temperatur zur Norm zurückgekehrt. 2. 40jähriger Mann mit gleicher Lokalisation des Milzbrandes. Nach einer ersten Injektion von 20 ccm, auf welche keine Reaktion folgte, verschlimmerten sich die Symptome in enormer Weise. Das Ödem nimmt zu. Dyspnoë und Dysphagie stellt sich ein. Temperatur 39,9, Puls 110. Nach einer zweiten Injektion von 10 ccm nimmt das Ödem langsam ab. Nach vier Tagen ist Temperatur und Puls normal. A. Gunsett-Straßburg.

Salvarsan bei der Therapie des Anthrax, von ALFRED S. GUBB-Aix-les-Bains. (Med. Press. a. Circ., 26. Juni 1912.) Veröffentlichung zweier vom Verfasser in

Digitized by Google

der Heidelberger Hautklinik (BETTMANN) gesehener, mit Salvarsan behandelter Milzbranderkrankungen. In beiden Fällen etwa 40 Stunden nach der ersten Salvarsaninjektion unverkennbare Besserung. Auch die Tierversuche, die LAUBENHEIMER angestellt hat, lassen den Schluß zu, daß Salvarsan auf die Milzbrandinfektion günstig einwirkt. Die Erfolge bei der Erkrankung des Menschen ermuntern jedenfalls zu weiterer therapeutischer Anwendung. Fendt-Wiesbaden.

Zur Allgemeinbehandlung des Milzbrands, von L. BOIDIN.

Behandlung des Milzbrands mit Pyozyanase, von VIGNAUD. (Presse méd., 1912, Nr. 66.) 1. Behandlung mit Antimilzbrandserum. Bis jetzt wurden sechs Fälle von Milzbrandseptikämie durch Serotherapie geheilt, die vom Verfasser zusammengestellt werden. In einem weiteren Fall, den der Verfasser behandelte, blieb der Erfolg vollkommen aus. Trotzdem glaubt er an den therapeutischen Wert dieser Methode. 2. Behandlung mit Pyozyanase. Diese Behandlungsart wurde von FORTINEAU in die Therapie eingeführt. Dieser Verfasser prüfte zuerst die experimentellen Grundlagen derselben nach, welche auf dem zwischen Milzbrand- und Pyozyaneusbazillen bestehenden Antagonismus beruhen. Es gelang ihm, mit Milzbrand inokulierte Meerschweinchen und Kaninchen durch Einspritzung von Pyozyanase am Leben zu erhalten. In einer Versuchsreihe von sieben mit acht Tropfen Milzbrandkultur geimpften Kaninchen, denen er sieben Stunden später am selben Punkt 5 ccm 15 Tage altes Pyozyaneus-Toxin injizierte, hatte er nur einen Todesfall. Das gleiche Resultat hatte er mit zwei Hammeln. Zwei andere Hammel heilten, trotzdem die Pyozyanase 6 und 24 Stunden nach der Inokulation und dabei fern vom Inokulationspunkt injiziert wurde. Diese guten experimentellen Erfolge munterten zur Anwendung der Pyozyanase am Menschen auf, und sowohl von BELLOUARD als von FORTINEAU konnten therapeutische Erfolge beschrieben werden. VIGNAUD teilt folgendes Resultat mit: In zwei Fällen (Pustula maligna des Nackens und des Gesichts) genügte eine einzige Injektion von Pyozyanase, um alle Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Im dritten Fall handelte es sich um eine Pustula maligna der rechten Zervikalgegend. Die Injektion von Pyozyanase verursachte diesmal keine der üblichen reaktiven Symptome (Fieber mit Schüttelfrösten). Zwei Tage später wurde das Ödem immer größer, und der Patient bekam Symptome der Kompression der Glottis und des Ösophagus. Bei dem verzweifelten Zustande des Patienten wurde eine zweite Einspritzung vorgenommen, welche diesmal von äußerst heftiger Reaktion gefolgt war. Schon nach mehreren Stunden nahm das Ödem ab und war nach zehn Tagen ganz verschwunden. Heilung nach einem Monat. VIGNEAU, der in einer Milzbrandgegend praktiziert und ungefähr 60 Fälle behandelt hat, hatte niemals einen derartig schweren Fall in Heilung übergehen sehen.

Über die Salvarsantherapie des Milzbrands hat BOIDIN keine eigenen Erfahrungen. A. Gunsett-Straßburg.

Über Salvarsan bei Frambösia, von G. ROST-Kiel. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 17.) Als Ergänzung zu seiner früheren Mitteilung über die mit ALSTON auf Trinidad gesammelten Erfahrungen über die Heilwirkung des Salvarsans bei Frambösie berichtet R. nunmehr über das Endresultat bei der ersten Serie von so behandelten 500 Fällen. Ungeheilt blieben davon nur zwei — Kinder im Alter von 7 und 14 Jahren, und auch bei ihnen ist eine erhebliche Besserung nach zwei Einspritzungen eingetreten, so daß Heilung etwa nach einer dritten Einspritzung erhofft werden darf. Bei 409 Patienten genügte eine einzige Einspritzung zur definitiven Heilung, und nur bei 14 waren drei Dosen nötig. Es wurde durchweg

Digitized by Google

der Modus der intramuskulären Injektion mit Ölimmersion befolgt, der für die Tropenverhältnisse am besten sich zu eignen scheint. Die Durchschnittsdosis für Erwachsene beträgt 0,6. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die diphtherische Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes, von Carl Deutschländer-Hamburg. (Dsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 115, H. 3—4.) Ein an poliomyelitischer Lähmung leidendes Mädchen, bei welchem eine bisher aseptisch verlaufene Quadrizepsplastik in der Leistenbeuge vorgenommen war, bekam zehn Tage nach der Operation an einer Stelle, wo der Gipsverband eine leichte Exkoriation erzeugt hatte, eine brettharte Infiltration; diese verbreitete sich unter geringen Fiebererscheinungen progredient über die Vorder- und Innenseite des Oberschenkels weiter und erzeugte hier Blasen mit serösem Inhalt und Hautgangrän, wobei eine auf der vorderen Seite gelegene Operationswunde total brandig zerstört wurde. Durch den Nachweis von echten Diphtheriebazillen in Reinkultur charakterisierte sich der Prozeß als eine fortschreitende diphtherische Hautentzündung, die auf Serum eine deutliche örtliche Reaktion und Rückbildung zeigte, bei der aber schließlich dennoch infolge der Toxinwirkung der Tod an Herzschwäche erfolgte.

Eine ausführliche Literaturübersicht schließt die Arbeit. Schourp-Danzig.

Die Wassermannsche Reaktion bei Ulcus tropicum und der Wert der verschiedenen Antigene in den Tropen, von Schüffner. (Ztschr. f. Hyg., Bd. 72, H. 2.) Für die Tropen ist es eine erste Forderung, mit dem ungleich spezifisch schärfer reagierenden Alkoholextrakt zu arbeiten. Verfasser setzt parallele Reihen mit wässerigem und alkoholischem Antigen an. Es sind dann vier Variationen möglich: 1. Die negative Reaktion beider Antigene schließt bei unbehandelten Fällen Syphilis mit sehr großer Wahrscheinlichkeit aus, bei behandelten Fällen ist es zweifelhaft. 2. Ist die Reaktion beiderseits positiv, so heißt es in den Tropen (Sumatra in diesem Fall) Lues oder Frambösie. 3. Der wässerige Extrakt zeigt negativ, der alkoholische positiv an, ein Bild, das selten ist: es handelt sich um Frambösie, wo auffallenderweise der wässerige Extrakt versagt, vielleicht ein neuer Beweis für die Artverschiedenheit der beiden Spirochätosen. 4. Der wässerige Extrakt zeigt positiv, der alkoholische negativ an. Nach Verfassers Erfahrungen an 1800 Untersuchungen kommt dieser Fall nur bei einer entstehenden oder behandelten Lues vor. Wenn die Lues auszuschließen ist, hat die Reaktion für das Ulcus tropicum die geringste praktische Bedeutung; zur Diagnose dieses lokalen Leidens hat man keine Wassermannsche Reaktion nötig. Aber für Malaria und Lepra erhält man durch richtige Deutung der vierten Variation ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel mehr. Haas-Hamburg.

Beitrag zur Behandlung des Ulcus tropicum mit Salvarsan, von Regierungsarzt Hallenberger-Buea. (Arch f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, Nr. 18.) In den beiden von H. behandelten Fällen handelte es sich um zwei farbige 20jährige Arbeiter, bei welchen die Geschwüre eine etwas ungewöhnliche Lokalisation (in dem einen Fall an den Beugeseiten der drei mittleren Zehen beider Füße, noch um ca. 4 cm auf die Fußsohlen übergreifend, in dem anderen an der Beugeseite des linken Unterschenkels, etwa 20 cm über der Ferse) hatten. Der Erfolg der Salvarsaninjektion (je 0,5 auf 5 ccm Ol. oliv. intramuskulär) war, daß der erste Fall, der ein halbes Jahr vergeblich mit allen möglichen Mitteln behandelt war, 17 Tage, der zweite Fall, der vier Monate behandelt war, 21 Tage nach der Injektion geheilt entlassen werden konnte. Von der Ansicht ausgehend, daß die Spirochaeta Schaudinni Prowazek in der Ätiologie des Ulcus tropicum den Haupt-

Digitized by Google

faktor bildet, möchte H. für die Tropenpraxis die Regel aufstellen, unverzüglich zum Salvarsan zu greifen und sich nicht mit allen möglichen therapeutischen Versuchen aufzuhalten, sobald sich im Ausstrich eines Geschwüres Spirochäten finden.

Stern-München.

Boubas. Blastomykose. Leishmaniose. Bemerkungen über einige in Brasilien beobachtete frambösische Erkrankungen, von A. Splendore-S. Paolo. (Policlinico, 1911, Nr. 1.) Es finden sich in Brasilien zwei besondere Affektionen, von welchen die eine mykotischer, die andere protozoischer Natur ist und die beide durch Ulzerationen und frambösische Vegetationen ausgezeichnet sind. Beide sind von chronischem Verlauf, verhalten sich Medikamenten gegenüber refraktär und weisen außer den Lokalisationen auf der Haut auch noch solche der Schleimhäute auf. Die einen gehören zur Gruppe der amerikanischen Blastomykosen, die anderen in diejenige der Leishmaniosen. Nur eine ganz subtile klinische Untersuchung verhindert eine Verwechslung beider bei der Differentialdiagnose. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Ätiologie des infektiösen oder venerischen Granuloms, von W. Siebert-Salzuflen. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Nr. 8.) Verfasser glaubt auf Grund eigener Untersuchungen den Erreger des venerischen Granuloms in Kokken innerhalb der Zellen gefunden zu haben und findet diesen Fund bestätigt durch unabhängig davon gemachte Veröffentlichungen Donovans (Madras).

Viktor Caesar-Dresden.

Ein durch Autoinfektion entstandenes Ulcus molle am Finger, von Eugen Brodfeld-Krakau. (Med. Klinik, 1912, Nr. 28.) Verfasser schildert kurz einen der seltenen Fälle von extragenitalem Ulcus molle, die man sonst fast nur bei Ärzten und Hebammen beobachten kann. Es handelt sich um einen Patienten, der kurz nach der genitalen Infektion mit Ulcus molle sich eine Verletzung am Daumen zuzog und sich durch Unvorsichtigkeit diese Wunde infizierte, so daß ein typisches Ulcus molle entstand, in dessen Eiter neben Staphylokokken auch Ducrey-Bazillen nachgewiesen wurden und das auch zu einem Axillarbubo führte.

O. Lasch-Breslau.

Extragenitale weiche Schanker, von J. Nicolas, H. Moutot und J. Gaté. (Lyon. méd., Bd. 119, S. 38.) Ein Patient mit weichen Geschwüren am Genitale bekam durch Autoinokulation gleiche Geschwüre an der Endphalange des linken Zeigefingers und an der rechten Ferse. Drüsenschwellung in der rechten Leiste und in der linken Kubitalgegend. In allen Ulzerationen wurden Streptobazillen gefunden. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung des weichen Schankers, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, S. 677.) Referierende Übersicht. Richard Frühwald-Leipzig.

Der Äthylchloridstrahl bei venerischen Geschwüren, von H. C. French-Malta. (Brit. med. Journ., 18. Mai 1912.) Beim Ulcus molle hat F. folgendes Verfahren sehr bewährt gefunden: Das gut gereinigte und mit steriler Watte abgetrocknete Ulkus wird täglich dreimal nacheinander dem Äthylchloridspray ausgesetzt, bis die Stelle vollständig weiß geworden ist. Nach diesem dreimaligen Gefrieren wird ein Trockenverband mit Jodoform und Gaze aufgelegt. Die Heilung soll in der Hälfte der bei der sonst üblichen Behandlung nötigen Zeit erfolgen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die allgemeine und lokale Behandlung des schankrösen Bubo, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, S. 693.) Für die Therapie kommt nicht nur der lokale Befund, sondern auch der Allgemeinzustand in Betracht. Schwächliche, herabgekommene Individuen müssen durch roborierende Maßnahmen in die Höhe ge-

Digitized by Google

bracht werden. Die zweckmäßigste Verordnung ist Bettruhe bzw. kombiniert mit Freiluftbehandlung. Gleichzeitig erfolgen Einreibungen mit Quecksilbersalbe, wobei aber Ekzeme und Stomatitis mercurialis vermieden werden müssen. Kommt es zur Vereiterung, so genügt eine kleine Inzision mit nachfolgender Drainage. Zum Verband eignet sich Jodoform am besten. Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Lichtbehandlung torpider, besonders tuberkulöser Hautgeschwüre, von THEDERING-Odenburg. (Strahlentherapie, 1912, H. 3.) Während das tuberkulöse Geschwür sehr häufig sich gegen RÖNTGEN-Bestrahlung direkt refraktär verhält, so sah Verfasser ausgezeichnete Erfolge durch Bestrahlung mit der Quarzlampe. Die einfache Technik besteht darin, daß man die Drucklinse der Lampe direkt auf das sorgfältig gereinigte Geschwür einstellt und im Durchschnitt eine Viertelstunde bestrahlt. Danach Verband mit Borsalbe oder 2% Liqu. alumin. acet. Verfasser führt sechs Fälle von tuberkulösen Ulzera an, die durch diese einfache Methode schön zur Heilung gelangten.

„Die Wirkung der Quarzlampenbestrahlung bei torpiden Hautgeschwüren besteht in dem energischen Anreiz aller den Prozeß der Wundheilung bedingenden biologischen Faktoren. Die überhäutende Wirkung des Blaulichtes ist bei tuberkulösen Hautgeschwüren den RÖNTGEN-Strahlen erheblich überlegen."

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Behandlung eines destruierenden Ulkus mittels Dekokts von Schwarzwurzel, von C. SEARLE-Cambridge. (Brit. med. Journ., 8. Juni 1912.) Bei einem 83jährigen Mann mit ausgesprochener Arteriosklerose und Nephritis war fast der ganze Fußrücken von einer bis zu den Metatarsalknochen durchgreifenden Ulzeration eingenommen, und auch der Unterschenkel war in weiter Ausdehnung ergriffen. Nach vergeblicher ausgiebiger sonstiger Behandlung wurde dazu übergegangen, alle vier Stunden einen warmen Umschlag mit einer Abkochung von wilder (offizineller) Schwarzwurzel zu applizieren. Es wurden 30 g der Wurezl mit 500 ccm Wasser 20 Minuten lang in gelindem Kochen erhalten. Heilung erfolgte langsam, erst in drei Monaten, aber der Zustand war bei Beginn dieser Therapie äußerst kritisch. Philippi-Bad Salzschlirf.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Die Rolle der Strahlentherapie bei der Behandlung der malignen Tumoren, von R. WERNER-Heidelberg. (Strahlentherapie, 1912, Bd. I, H. 1—2.) In Betracht kommen hauptsächlich die RÖNTGEN-Strahlen und die Behandlung mit radioaktiven Substanzen.

Bei Verwendung der X-Strahlen hat man die penetrationsfähigste Strahlenart zu nehmen, welche die RÖNTGEN-Röhre liefert, auch dann, wenn der Tumor bis an die Oberfläche reicht. Zur Eliminierung der weichen Strahlen bedient sich Verfasser eines Leder- und Stanniolfilters; die Messung des Strahlenquantums geschieht mit dem KIENBÖCKschen Quantimeter (Stufenfilter); gleichzeitig wird jedoch auch eine SABOURAUD-Pastille mit bestrahlt.

Die Reaktion der Geschwülste hängt mehr von der biologischen Beschaffenheit ab als von der Art der Dosierung. Als ideale Form der Reaktion bezeichnet Verfasser die Schrumpfung des Tumors unter narbiger Degeneration. Weniger günstig dagegen ist die Verflüssigung des Geschwulstgewebes ohne Resorption, weil es dadurch unter Umständen zu Metastasierung in benachbarte Organe kommen kann oder zu einer Intoxikation durch die Zersetzungsprodukte der Zelle.

Digitized by Google

Zur Verstärkung der RÖNTGEN-Wirkung kann man einen in der Tiefe liegenden Erkrankungsherd von verschiedenen Seiten her radiär bestrahlen oder aber auch, wo dies angängig, indem man die schützenden Hüllen von den Tumoren entfernt. Weiterhin ist die Applikation einer größeren RÖNTGEN-Dosis in die Tiefe dadurch möglich, daß man die Haut unterempfindlich macht; dies geschieht durch temporäre Anämisierung entweder vermittelst mechanischer Kompression oder Injektion von schwachen Adrenalinlösungen (0,2—0,6 ccm, 1:1000 mit 4 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt). Umgekehrt ist es aber auch möglich, die Geschwülste selbst zu sensibilisieren, und zwar durch Diathermie oder Gefrierenfassen mit Chloräthylspray.

Da wo man auf einen ernsthaften therapeutischen Erfolg durch die RÖNTGEN-Bestrahlung nicht mehr rechnen kann, ist sie häufig doch durch die schmerzstillende Wirkung von großem Werte, auch ist die Möglichkeit, ulzerierte Partien dadurch zur Überhäutung zu bringen, von praktischer Bedeutung.

Eine wesentliche Unterstützung und Ergänzung der RÖNTGEN-Therapie bietet die Behandlung mit radioaktiven Substanzen. In Betracht kommen die Salze und die Emanation des Radiums, das Aktinium, das Mesothorium und Thorium X. Verblüffende Erfolge hat Verfasser durch die Kombination mit RÖNTGEN-Bestrahlung gesehen.

Auf Grund einer Erfahrung, die an 2500 klinisch und über 1000 ambulatorisch behandelten Fällen gewonnen wurde, stellte Verfasser folgende Indikationen für die verschiedenen Methoden auf:

1. Operabele Tumoren sind radikal zu exstirpieren.

2. Bei oberflächlich gelegenen Sarkomen oder Karzinomen ist ein Versuch mit lokaler Radiotherapie (Kombination von Röntgen- und Radiumbestrahlung unter gleichzeitiger intratumoraler Injektion von Thorium X-Lösung) statthaft. Reagiert der Tumor jedoch nicht prompt, dann sofort operieren.

3. Das gleiche gilt von jenen Fällen, die durch sonstige Erkrankungen inoperabel sind.

4. Tumoren, die an der Grenze der Operabilität stehen, sollen durch die Bestrahlung zum Schrumpfen gebracht und so dem operativen Eingriff zugänglich gemacht werden, allerdings ist dabei nicht außer acht zu lassen, daß es Geschwülste gibt, die selbst auf große Röntgendosen hin mit um so schnellerer Wucherung reagieren.

5. Als Nachbehandlung nach zuverlässiger Radikaloperation: Röntgenbestrahlung. Bestehen Zweifel, ob genügend im Gesunden operiert wurde, so ist die Thermopenetration des Wundbettes empfehlenswert, oder wenn große Gefäße freiliegen, die Fulguration.

6. Bei inoperabelen Tumoren operative Freilegung, eventuelle Vorlagerung für die direkte Radiotherapie, eventuell intratumorale Bestrahlung mit Mesothortuben, Fulguration zur Heilung der Ulzeration.

7. Andere Methoden der Krebstherapie, die geprüft wurden, erwiesen sich als weniger zweckmäßig als die angeführten.

In die Arbeit sind 13 Abbildungen eingefügt, aus denen zum Teil glänzende Erfolge mit den angegebenen Methoden ersichtlich sind.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die praktische Anwendung von Röntgenstrahlen bei der Therapie maligner Tumoren, von CLARENCE EDWARD SKINNER-New Haven, Conn. (Journ. amer. med. assoc., 14. September 1912.) Die RÖNTGEN-Strahlen haben bewiesen, daß sie, von

Digitized by Google

kompetenter Seite angewandt, fähig sind, auf viele Fälle von Karzinomerkrankung günstig einzuwirken. Werden sie gewohnheitsmäßig post operationem herangezogen, so wird die Zahl der heilbaren Krebse sich vergrößern. Es ist unmöglich, im voraus zu sagen, welche Fälle sich zur RÖNTGEN-Behandlung eignen und welche nicht; es sind daher alle Fälle ihr zuzuführen. Die postoperativen Rückfälle leisten den RÖNTGEN-Strahlen nicht mehr Widerstand als die primären Tumoren; es ist im Gegenteil leichter, mikroskopisch kleine Herde zu beeinflussen, als solche von bedeutender Größe; die Röntgenisation ist daher bald nach der Exstirpation noch während der Wundheilung zu empfehlen. Es ist Pflicht des Arztes, bei der Beratung eines Krebskranken die RÖNTGEN-Strahlen, entweder allein oder zusammen mit Exstirpation, zu empfehlen. Fendt-Wiesbaden.

Die prophylaktische Verwendung von Röntgenstrahlen vor und nach der Operation bei malignen Gewächsen, von R. KNOX-London (Lancet, 14. Sept. 1912.) Verfasser hat mit der RÖNTGEN-Behandlung manche guten Erfolge erzielt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Therapeutische Erfahrungen an 100 mit Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenz, resp. Diathermie behandelten bösartigen Neubildungen, von C. MÜLLER-Immenstadt. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.) Unter den 32 Fällen, welche Verfasser als geheilt anführt, befinden sich nicht weniger als neun Hautkarzinome, während zwei Fälle mit dieser Diagnose als günstig beeinflußt und nur einer als erfolglos notiert sind. Auch bei Sarkomen werden beachtenswerte Resultate verzeichnet; dabei reagierten die am Kopfe lokalisierten Neubildungen dieser Klasse besser auf die Behandlung als bei der Lokalisation an anderen Körperteilen, wofür Verfasser eine wissenschaftliche Erklärung zurzeit allerdings nicht zu geben vermag. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik der Salvarsanwirkung bei malignen Tumoren, von JULIUS GRÜNBERG-St. Petersburg. (Petersb. med. Ztschr., 1912, Nr. 9.) Ein Zungenkarzinom, das wegen positivem WASSERMANN für ein Gumma gehalten wurde, zeigte nach mehreren intravenösen Salvarsaninjektionen anfängliche Besserung.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die ersten Versuche mit einer neuen Kombinationsbehandlung des Krebses (elektromagnetische Reizarsenbehandlung), von H. SPUDE-Pr. Friedland. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Das von SP. zunächst versuchsweise geübte Verfahren besteht in der Injektion einer Aufschwemmung von Eisenoxyd in das Tumorgewebe und Applikation eines Elektromagneten, wodurch die feinen Eisenteilchen in vibrierende Bewegung versetzt werden und durch den hiermit verbundenen Reiz eine entzündlich-ödematöse Durchtränkung und Absterben der Zellen der Neubildung herbeiführen. Zur Unterstützung der Behandlung wird Arsenik gegeben, wozu Verfasser das Atoxyl verwendet, teils als intravenöse Injektion (0,1—0,2 mehrmals mit Pausen von 4—8 Tagen), teils zur Einspritzung direkt in die Geschwulst, eventuell im Verein mit Acid. arsenicosum (0,002). Er hat bei zwei Fällen von Hautkarzinom gute Erfolge erzielt. Allerdings dauerte die Kur entschieden viel länger, als bei Anwendung von anderen Methoden für diese nicht besonders umfangreichen Gewächse zu erwarten gewesen wäre, was Verfasser damit entschuldigt, daß ihm nur ein ziemlich schwacher Magnet zur Verfügung stand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lippenkarzinome der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin, 1900 bis 1910, von L. WEINSTOCK. (Diss., Berlin 1912.) Bezüglich der prädisponierenden und ätiologischen Momente des Lippenkrebses führte das an der chirurgischen Uni-

Digitized by Google

versitätsklinik zu Berlin während der letzten zehn Jahre beobachtete Material zu folgendem Resultat. Was die von anderen Verfassern hervorgehobene Tatsache des Überwiegens der Lippenkrebse des männlichen Geschlechts über die des weiblichen Geschlechts betrifft, so wurde dieselbe voll und ganz bestätigt. Unter 69 Fällen betrafen 64 männliche und nur 5 weibliche Patienten, d. h. 92,8% Männer und 7,2% Weiber. Die Angaben von FRICKE, daß Frauen etwa 6—7 mal häufiger an Karzinom der Oberlippe erkranken als Männer, bestätigen sich nicht. Alle fünf Fälle von Lippenkrebs bei Frauen fanden sich an der Unterlippe.

Was das Alter der Kranken betrifft, so hat Verfasser nicht nur eine Tabelle aufgestellt, welche die Altersangaben zur Zeit der Operation bringt, sondern auch das Alter zur Zeit der ersten Erkrankung. Die Ergebnisse sind demnach ganz verschieden und erklären zum Teil die widersprechenden Angaben der einzelnen Verfasser, die die obige Unterscheidung nicht gemacht haben. Von 61 Kranken, welche sich zur Operation meldeten, standen 10 vor dem 50. Lebensjahr, 20 standen im Alter von 50—60 Jahren, 19 standen im Alter von 60—70 Jahren und 12 waren über 80 Jahre alt. Wurde jedoch das Alter zur Zeit der Erkrankung berücksichtigt, so zeigte sich, daß die meisten Fälle: 25 in das 6. Jahrzehnt, nur 14 in das 7. Jahrzehnt und nur 10 in das 8. Jahrzehnt fallen. Nur die Sammelforschung des Deutschen Reiches macht ebenfalls diese Unterscheidung und kommt zu dem Schluß, daß das gefährliche Alter für den Lippenkrebs schon mit dem 6. Jahrzehnt beginnt.

Was die Heredität beim Lippenkrebs betrifft, so sind, wie in allen Statistiken auch in der vorliegenden die Angaben zu gering, um irgend welche Schlüsse zu ziehen.

Stand und Beruf: Die Hauptbeteiligten stellen Arbeiter und Landwirte dar.

Die nach vielen Verfassern beschuldigte Ursache des Tabakmißbrauches erscheint auch nach vorliegendem Material nicht ganz von der Hand zu weisen. In vorliegenden statistischen Zusammenstellungen fällt ebenfalls die große Zahl der Raucher, namentlich der Pfeifenraucher, auf. Unter 69 Patienten rauchten 22, und von diesen wiederum waren 19 laut anamnestischer Angaben sehr starke Raucher. Nur ein einziger Karzinomkranker rauchte ausschließlich Zigarren, alle anderen vorzugsweise Pfeife. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle fand sich das Karzinom auch an der Stelle, wo die Pfeife gehalten, also beständig ein Druck auf die Schleimhaut ausgeübt worden war. Nur selten saß das Karzinom in der Mitte der Unterlippe.

Von Besonderheiten werden folgende hervorgehoben: Fall 1 liefert ein Beispiel zu den Schleimhautkarzinomen, welche auf dem Boden einer Leukoplakie entstehen. Letztere bestand seit etwa 15 Jahren und hatte zur Ursache starkes Pfeifenrauchen: vor etwa drei Jahren begann eine deutliche Karzinomwucherung.

Fälle von rapidem Wachstum wurden drei beobachtet. Sie begannen mit Bläschen und Borkenbildung, und in wenigen Monaten war die Unterlippe in großem Umfange erkrankt. Das Alter spielt keine Rolle. Der eine Patient war 54, der zweite 78, der dritte 63 Jahre alt.

Fälle von außerordentlich langer Krankheitsdauer waren vier Fälle mit 12, resp. 30, resp. 8 Jahren, resp. seit der Geburt, wobei allerdings wohl anzunehmen ist, daß das Karzinom meist sich auf den Boden ursprünglich gutartiger Leiden entwickelte. Ein Fall nimmt insofern eine gesonderte Stelle ein, als er seit Geburt bestanden haben soll, und der Kranke zur Zeit der Operation erst im 17. Lebensjahre stand. In einem Fall erklärt sich die lange Krankheitsdauer

Digitized by Google

(8 Jahre) durch die fehlerhafte Diagnose. Der Kranke wurde mit zahlreichen Mitteln behandelt und seine Krankheit zeitweise als Ulcus durum, zeitweise für Lupus gehalten. Erst nachdem sich auch große Drüsenmetastasen entwickelten und die mikroskopische Untersuchung Plattenepithelkrebs ergab, wurde die Operation ausgeführt.

Was die wichtige Frage der Frühdiagnose und Frühoperation betrifft, so zeigt sich, daß das Material der Kgl. Chir. Universitätsklinik verhältnismäßig das ungünstigste ist. Nur 45% aller Fälle gehörten zu den Frühfällen, d. h. meldeten sich innerhalb des ersten Jahres zur Operation, während z. B. nach STEINER (Budapest) in der Budapester Klinik 55,6%, und nach WÖLFLER 70% im ersten Jahr zur Operation erschienen. Fritz Loeb-München.

Karzinomatöse Degeneration chronischer Unterschenkelgeschwüre, von WILLIAM S. GOTTHEIL-New York. (Journ. amer. med. assoc., 6. Juli 1912.) Verfasser hat in der Literatur zehn hierhergehörige Fälle finden können; diesen kann er drei eigene Beobachtungen zufügen. Bestätigung der Diagnose durch mikroskopische Untersuchung; Syphilis war auszuschließen. Fendt-Wiesbaden.

Eine dritte Vorlesung über Unicellula cancri, den Parasiten des Krebses, von T. H. BUTLIN-London. (Brit. med. Journ., 27. April 1912.) An einigen, ihren wesentlichsten Momenten nach dargelegten klinischen Beobachtungen erläutert Verfasser seine Auffassung, daß es sich beim Krebs um eine anfangs zirkumskript lokalisierte und später allgemein konstitutionell werdende Affektion handelt. Er kritisiert scharf die Haltung der Chirurgen in früheren Generationen, welche die operative Beseitigung einer Krebsgeschwulst für eigentlich zwecklos erachteten, da das Virus doch schon im Körper sich festgesetzt haben und bald an anderen Stellen zum Ausbruch kommen werde. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Hautkrebse, von R. BLECHER. (Diss., Berlin 1912.) An der Hand der Erfahrung, die an dem reichhaltigen Material des Universitätsinstituts für Lichtbehandlung (Geheimrat LESSER) gesammelt worden sind, präzisiert Verfasser die Indikationen für die Röntgentherapie: Kleine oberflächliche Hautepitheliome können der Röntgenbestrahlung zugeführt werden. Zwar ausgedehnte, aber auch noch auf die Haut beschränkte Karzinome, die entweder nur schwer oder überhaupt nicht mehr operativ entfernt werden können, eignen sich ebenfalls für die Röntgenbehandlung. Besonders dankbar für die Röntgentherapie sind ferner diejenigen Krebsformen, welche von oberflächlichsten Schichten ausgehen und nach außen wachsend sich zu Geschwüren von beträchtlichen Dimensionen und manchmal beträchtlicher Tiefe auswachsen. Voraussetzung ist natürlich, daß die krebsige Wucherung in die tieferen Schichten noch nicht eingedrungen ist und daher für die Bestrahlung unzugänglich wird. Tiefer greifende Tumoren sollen radikal exstirpiert werden. Das gilt bedingungslos für die zirkumskripten Formen, wo der Erfolg der Behandlung mit Röntgenstrahlen ein sehr zweifelhafter ist und die Gefahr besteht, den für die Operation geeigneten Zeitpunkt zu versäumen. Eine Ausnahme können nur die sogenannten Mischformen bilden, Geschwülste, welche aus einem großen oberflächlichen und einem in die Tiefe reichenden Teil bestehen. In das Gebiet der Röntgentherapie gehören ferner solche Fälle, bei denen die Lokalisation und die Ausdehnung des Prozesses eine Operation unmöglich macht. Allerdings erzielt man mit dem Röntgenverfahren hier keine absolute Heilung, doch ist ein Erfolg wenigstens insofern zu erzielen, als die Schmerzen gelindert bzw. beseitigt werden können, die Jauchung vermindert, eine oberflächliche Überhäutung der vorhandenen Ulzeration, möglicherweise eine

Digitized by Google

vorübergehende Rückbildung der Geschwulst bewirkt und das subjektive Befinden des Patienten oft wesentlich gehoben wird. Weiter ist die Röntgenbestrahlung vorzunehmen, wenn eine Karzinomoperation mit Rücksicht auf Alter und Allgemeinerscheinungen des Patienten nicht vollzogen werden kann bzw. der Kranke einen chirurgischen Eingriff ablehnt. Auch die postoperative Anwendung der Röntgenstrahlung ist von relativ guten Folgen begleitet. Es steht fest, daß durch Bestrahlung einer von einer Karzinomoperation herrührenden Hautnarbe und deren nächster Umgebung eventuell noch zurückgebliebene Karzinomreste zerstört und so die Gefahr von Rezidiven beseitigt oder gemindert wird. Auch frische Rezidive nach Operationen, wenn sie Haselnußgröße nicht überschreiten, eignen sich für die Röntgentherapie. Ebenso sind die ganz oberflächlich sich ausdehnenden ulzerierten Karzinomrezidive in einer Narbe durch Röntgenstrahlen günstig zu beeinflussen. Zu dieser Indikationsstellung ist man an obigem Institut im Laufe der Zeit durch systematische Beobachtung zunächst des klinischen Verlaufs und der äußeren Erscheinungen der verschiedensten Hautkarzinome vor und nach der Röntgenbestrahlung gelangt. Für die Technik der Röntgenbestrahlung, wie sie in dem Königlichen Universitätsinstitut für Lichtbehandlung gehandhabt wird, gilt als oberster Grundsatz zunächst, das gesunde Gewebe vor der Einwirkung der X-Strahlen, soweit es irgend möglich ist, zu schützen. Doch ist zu beachten, daß bei Bestrahlungen von Hautkarzinom auch noch ein kleiner Bezirk des gesunden, das Karzinom begrenzenden Gewebes den Strahlen ausgesetzt wird, damit etwaige Krebsausläufer noch sicher mitgetroffen und zerstört werden. Die Bestrahlungen werden in der Regel so ausgeführt, daß die X-Strahlen die zu behandelnde Hautpartie möglichst direkt treffen. Was die Qualität der Röhren betrifft, so wurden, wie von den meisten anderen Röntgentherapeuten, bei der Behandlung oberflächlichster auf die Epidermis beschränkter Erkrankung hauptsächlich weiche bzw. mittelharte Röhren angewandt. Bei tiefer gelegenen Tumoren harte Röhren, ihrer größeren Durchdringungsfähigkeit wegen. Bezüglich der Dosierung der Röntgenstrahlung bei der Behandlung kutaner Tumoren ist große Vorsicht zu gebrauchen. Die Erfahrung hat immer mehr gelehrt, daß das allzulange, zu intensive Bestrahlen selbst bei refraktären Tumoren eher Schaden stiften als Nutzen bringen könne. Der Grad der Wirkung hängt von der Radiosensibilität, dem Absorptionsvermögen, und andererseits der Dicke des Tumors ab. Es wurden in der Regel $^3/_4$ oder $^4/_5$ Erythemdosis nach SABOURAUD-NOIRE bei $6^1/_2$—$7^1/_2$ WEHNELT verabfolgt. Bei der Behandlung oberflächlicher Rezidivknoten, welche die besten therapeutischen Resultate liefern, genügen schon $^3/_4$ oder $^4/_5$ Erythemdosis, bei 6,0 WEHNELT; zur Gewebsabtötung, also im Beginn der Bestrahlung, $^3/_4$ Dosis, während der Überhäutung nur $^1/_3$ Dosis, mit dreiwöchentlichen Pausen. Die Epitheliome reagieren ganz verschieden auf die Bestrahlung. Die Zahl der Bestrahlungen läßt sich nicht ganz genau bestimmen, sie schwankt zwischen 1 und 2 und 15—20. Unter Einleitung der geschilderten Methode wurden in dem Lichtinstitut zahlreiche Hautkarzinome, besonders des Gesichts, behandelt. Verfasser führt einen Teil derselben an, und zwar 56 Fälle. Dieselben setzen sich zusammen aus 20 Epitheliomen der Nase, 6 der Stirn, 2 des Kopfes, 14 der Wange, 4 der Lippen und 1 des Unterschenkels, 9 des Augenwinkels.

Im ganzen wurden geheilt 31 Fälle. Ungeheilt blieben 10, gebessert 13, in zwei Fällen wurde die Behandlung seitens des Patienten unterbrochen. Die erzielten Resultate sind also äußerst günstige. Die Rückbildungsvorgänge nach der Röntgenbestrahlung erfolgen stets nach einer gewissen Gesetzmäßigkeit. Zunächst werden

Digitized by Google

die Schmerzen in den Fällen, wo sie vorhanden, entschieden herabgemindert, meist ganz beseitigt. Besonders gilt dies für die inoperablen tiefgehenden Ulzerationen. Mitunter geht der Abnahme der Schmerzen eine vorübergehende Steigerung voraus. Bei ulzerierten Tumoren erfolgt gleichzeitig eine Abnahme der Sekretion. Die jauchige Absonderung verwandelt sich in eine eitrige, der üble Geruch schwindet, während der Eiter dünnflüssig wird. Die hart infiltrierten Ränder werden nach und nach weicher. Die Geschwürsfläche reinigt sich durch Abstoßung angetrockneter Borken oder schmieriger Beläge. Es bildet sich eine frisch granulierende Fläche. Der Defekt erreicht allmählich das Niveau der Haut und schließlich tritt vollkommene Überhäutung auf. Die beste Ausheilung zeigen die Fälle von Gesichtstumoren. Hier ist in den meisten Fällen ein glatter, gegen die Unterlage gut verschieblicher Epidermisüberzug aufgetreten, so daß die Stelle, an welcher die Affektion bestanden hatte, von der gesunden Haut der Umgebung sich nicht merklich unterscheiden ließ. Solche Heilungsvorgänge sind als typische Röntgenstrahlenwirkung aufzufassen. Die Gefahr eines Rezidivs nach der Bestrahlung ist selbstverständlich größer als nach gründlicher Exstirpation. Wichtig ist, daß der Patient einige Zeit nach der Bestrahlung zur Kontrolle sich wieder vorstellt; eventuell auftretende kleine Rezidivknoten können dann in der Regel durch erneute Bestrahlung beseitigt werden. Daß das Röntgenverfahren mit Ausnahme des chirurgischen Eingriffes allen medikamentösen Behandlungen weit überlegen ist, lehren die Fälle, welche nach jahrelanger vergeblicher Salbenbehandlung durch Bestrahlungen gebessert oder geheilt werden konnten. Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Röntgenkarzinom, von Hans v. Haberer-Innsbruck. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Eine 48jährige Frau, die an stark amenorrhoischen Beschwerden litt, wurde mit Röntgenbestrahlungen in der Weise behandelt, daß die Partie des Abdomens unterhalb des Nabels drei Wochen hindurch täglich zehn Minuten bestrahlt wurde. Schon am Ende der dritten Behandlungswoche war ein schmerzhaftes Ekzem entstanden, aus dem bald eine schwere Röntgenverbrennung wurde. Sechs Jahre später war die Sache oberflächlich geheilt, zeigte aber neben keloidartigen Verdickungen erodierte Stellen von Linsengröße und sklerodermatische sowie atrophische Erscheinungen. Weitere vier Jahre später fand sich in der veränderten Haut ein fünfkronenstückgroßes, stark sezernierendes Geschwür mit hartem Grund und unregelmäßigen Rändern. Jetzt wurde die ganze kranke Hautpartie samt dem Unterhautfettgewebe bis auf die Faszie exzidiert; durch reichliche Entnahme von subkutanem Fett gelang es, den großen Defekt durch primäre Naht zu schließen. Die histologische Untersuchung des gewonnenen Präparates ergab ein typisches, epitheliales Karzinom mit Kankroidperlen und ausgedehnten Zellnestern.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Karzinombehandlung, von W. A. Freund-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Verfasser berichtet über eine neue Karzinombehandlung, die technisch zuerst an Kaninchen, dann an einem Zervixkarzinom einer 46jährigen Frau versucht wurde.

Der Zweck ist, durch Gefäßdurchspülung das karzinomatöse Organ zu gangränösem Zerfall zu bringen.

Die Injektionsflüssigkeit darf nicht gerinnen, was durch Zusatz von wässerigem Blutegelkopfextrakt verhütet wird, und muß außerdem pulsatorisch (wie durch Herzkraft) eingetrieben werden, was durch einen Apparat Jacobis gelingt (veröffentlicht im Archiv für experimentelle Pathologie, Bd. 36).

Mit dieser Methode gelang es, das durchspülte Gewebe zur Gangrän zu bringen

Digitized by Google

am lebenden Tier- und Menschenkörper. Vielleicht zeigt das neue Verfahren einen gangbaren Weg zur Behandlung, wenngleich der erste Versuch beim Menschen mit einem Exitus letalis in einigen Tagen abschloß. V. Caesar-Dresden.

Die Behandlung von Karzinom mit Selen, von C. E. Walker-Glasgow. (Lancet, 18. Mai 1912.) Alsbald nach dem Bekanntwerden der Wassermannschen Beobachtung über eine günstige Wirkung einer intravenösen Injektion, Verbindung von Selen mit Eosin, beim Mäusekrebs hat W. analoge Versuche aufgenommen, Er fand aber, daß weder Mäuse noch Ratten, welche mit Tumormassen inokuliert worden waren, irgend welche Reaktion außer dem Rosarotwerden und der Entleerung von roten Exkreten während der folgenden 2—3 Tage darboten. Die gelegentlich beobachtete Toxizität des Selenpräparates führt W. auf Oxydation desselben zurück. Diese tritt bei längerem Aufbewahren, namentlich in einer nicht ganz reinen Zimmerluft, sehr leicht ein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des inoperablen Karzinoms mit Mesothorium und kombinierten Behandlungsmethoden, von A. Pinkuss. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Das Mesothor ist dem Radium gleichwertig, es wirkt durch weiche β- und hauptsächlich harte β- und γ-Strahlen. Es ist billiger und bequemer anzuwenden als das Radium. Seine Anwendbarkeit erstreckt sich auch nur auf Oberflächentumoren an Haut, Mamma, Vulva oder Portio, und ist da indiziert, wo eine radikale operative Entfernung nicht mehr möglich ist. Auch nach unvollständigen Eingriffen, etwa an Uteruskarzinomen, kann die Mesothorbestrahlung zurückgelassene Krebsstellen vernichten. Das Mesothor wird in Kapseln angewendet, etwa zweimal wöchentlich, die Dauer richtet sich nach der Radioaktivität des Präparates und nach dem Falle. Die Bestrahlung kann mit intravenöser, intratumoraler oder subkutaner Injektion von Thorium X kombiniert werden, wobei eine Injektion eine Million ME. enthält. Mit Trinkkuren kann man täglich 50 000 einverleiben. Auch sie werden vom Verfasser zur Anwendung neben der Bestrahlung empfohlen, da sie vielleicht Stillstand der Wucherung veranlassen.

Schließlich empfiehlt P. Versuche mit Pankreatin neben Thorium X-Medikation zu machen: in Anbetracht der Tatsache, daß bei Krebskranken der Antifermentingehalt des Blutes vermehrt ist. Werther-Dresden.

Behandlung und Heilung von Krebskranken durch innerlich und äußerlich angewendete medikamentöse Mittel, von A. Zeller-Weilheim a. d. Teck. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34 und 35.) Dieser Arbeit ist als Vorwort ein kurzer Bericht von Exz. Czerny-Heidelberg beigegeben, worin dieser mitteilt, daß er Gelegenheit genommen hat, etwa 40 von Z. nach dessen Methode behandelte Kranke zu untersuchen und bei etwa zwei Drittel derselben glatte, gesund aussehende Narben vorfand und somit eine wenigstens vorläufige Heilung konstatierte; die übrigen Patienten befanden sich noch in Behandlung. Es zeige sich hier wieder, daß von einer Kombination der Behandlungsarten am meisten in therapeutischer Hinsicht zu erwarten ist. Das Verfahren Z.s besteht in der innerlichen Darreichung von Siliziumsalzen und der Applikation einer Arsenikquecksilberpaste. In einer Korrespondenz-Mitteilung (Münch. med. Wochenschr., Nr. 35) wird folgende Zusammensetzung angegeben: Für das Siliziumpräparat (von Z. kurz Naca silicum benannt): R.: Kalium silic., Natr. silic. āā 20,0, Sacch. lactis 60,0. S. 3×tgl. ¼ g bis ½ g. Die Pasta (Cinnabarsana) hat die Zusammensetzung: R.: Acid. arsenic. 2,0, Hydrarg. oxydat. rubr. 6,0, Carb. anim. 2,0. S. Pulver zur Krebspaste. Die Paste wird auf die mit Benzin sorgfältig gereinigte Geschwulst und Umgebung dick aufgetragen

Digitized by Google

und nach dem Trocknen mit achtfacher Verbandgaze, Watte und Leukoplast resp. bei kleineren Geschwülsten mit einem Kollodiumverband bedeckt. Alle 8 bis 14 Tage wird frische Paste aufgetragen. Verfasser hat diese Behandlungsart ja nicht selbst direkt erfunden, wohl aber die systematische Durchführung neu durchgearbeitet. Er beschäftigt sich seit der Mitte der neunziger Jahre mit der Krebsfrage und hat das Verfahren zunächst nur für solche Fälle gebraucht, bei denen eine Operation verweigert wurde oder nicht ausführbar war. In den ersten Jahren versuchte er verschiedene Kombinationen; die obige Technik hat er in der Zeit vom November 1910 bis Juli 1912 bei 57 Fällen erprobt; von diesen sind 44 als geheilt anzusprechen, 10 stehen noch in Behandlung, und 3 sind gestorben. Bei 20 Kranken wurde die Diagnose durch Biopsie gesichert; unter diesen gehören 13 in die Rubrik der geheilten Fälle, 3 sind als beinahe geheilt bezeichnet, 2 sind gestorben, und 2 befinden sich noch in Behandlung. Offenbar ist die Methode der weiteren Prüfung wert. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Bemerkungen zu Zellers Methode der Krebsbehandlung, von Jakob Wolff. (Deutsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Der exakte Forscher gibt hier einen kurzen, interessanten Epilog zur Zeller-Episode in der Krebsgeschichte. Werther-Dresden.

Eine vorläufige Mitteilung über die Verwendung von Taraxakum bei Karzinom, von M. J. Robson-Leeds. (Brit. med. Journ., 25. Mai 1912.) Verfasser empfiehlt, die Darreichung von Extractum liquidum Taraxaci (nach der amerikanischen oder britischen Pharmakopoe) in Dosen von 4—8 g mit Wasser (30,0) verdünnt dreimal täglich zu nehmen. Er hat seit einem halben Jahr einen Fall von inoperabelem, zystoskopisch bestätigtem Blasenkrebs bei einer 60jährigen Frau und zwei Fälle von Darmkrebs, bei denen eine Operation abgelehnt wurde, mit sichtlichem Erfolg behandelt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verschwinden eines Hautkrebses unter lokaler Behandlung mit Adrenalin, von L. C. P. Ritchie-Edinburgh. (Lancet, 29. Juni 1912.) Ein 63jähriger Seemann wurde im Oktober 1905 wegen einer zuerst vier Jahre zuvor aufgetretenen und nach der operativen Entfernung rezidivierten Neubildung an der Wange im Krankenhaus aufgenommen. Die Biopsie bestätigte die Diagnose Plattenepithelkrebs. Es wurde zunächst eine Woche lang Röntgenbestrahlung angewandt und alsdann mit täglichen Radiumapplikationen drei Monate lang fortgefahren. Der anfangs um etwa 1,2 cm prominente Tumor war dabei fast glatt geworden, aber der ursprüngliche Umfang von $3 \times 2{,}5$ cm war kaum verändert. Zur Verstärkung der Radiumwirkung wurde alsdann die Läsion mit einer $1\,^0/_{00}$ Adrenalinlösung gepinselt, worauf sich ein schnellerer Fortschritt bemerkbar machte. Vom 23. März 1906 ab wurde das Radium ausgesetzt; der Tumor war an der einen Stelle in der Heilung begriffen, an einer anderen im Fortschreiten. Man machte feuchte Verbände mit Adrenalinlösung, die alle zwei Tage erneuert wurden. Am 15. April 1906 war vollständige Vernarbung eingetreten, die bei späterer Nachschau, zuletzt am 29. Januar 1912, noch vorgehalten hat. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kankroide infolge von Röntgenstrahlen, von C. Piazza. (Riforma med., 1912, Nr. 37.) Mitteilung eines Lupusfalles, in welchem der Lupus mit tiefer Narbe ausgeheilt war. Auf dieser Narbe entwickelte sich ein kleines Neoplasma, welches unter Röntgenbehandlung sich zu großer Dimension auswuchs, so daß es operativ entfernt werden mußte. Aus diesem Falle schließt der Verfasser, daß die Kankroide, die im allgemeinen auf Lupusnarben nach Röntgenapplikation entstehen, nicht durch

Digitized by Google

die Röntgenstrahlen hervorgerufen werden, sondern daß es sich um latente Karzinome handelt, welche durch die Röntgenstrahlen wachgerufen und vergrößert werden.
A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung des Ulcus rodens, von E. R. Morton-London. (Lancet, 18. Mai 1912.) Nach M.s Erfahrungen bei 27 Fällen, welche mit Kohlensäureschnee behandelt wurden, liefert dieses Verfahren wesentlich bessere Resultate als die Methoden der Röntgenbestrahlung, der Zinkionisation und der Anwendung des Radiums, welche Mittel er auch selber ausgiebig geprüft hat. Er findet, daß diese Agenzien gar zu leicht ein oberflächliches Abheilen bewirken ohne Beeinflussung der tiefliegenden Geschwulstteile, so daß Rezidive beinahe die Regel bilden. Gerade für solche nach sonstiger Behandlung sich einstellenden Rezidive ist die Gefriermethode indiziert, da dann die Bestrahlung gewöhnlich ihre Wirksamkeit verloren zu haben scheint. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Adenokarzinom, von Ed. Arning. (Hamb. Ärztekorresp., 1912, Nr. 13.) Bei einem wegen luetischer Periostitis beider Unterschenkel aufgenommenen Patienten zeigen sich am Rumpf und Extremitäten gegen 200 der Subkutis eingelagerte Tumoren von Linsen- und Großbohnengröße. Die Haut ist nicht verfärbt und frei verschiebbar, nur bei dem größten der Tumoren in der Sternalgegend etwas adhärent. Die Exzision eines kleinen Tumors ergab ein gut umgrenzt in der Subkutis liegendes, rötlich-markig gefärbtes Gebilde. Gefrierschnitte ließen einen malignen Typus erkennen, wahrscheinlich Adenokarzinom. Da in der Subkutis Gebilde nicht vorkommen, die zu solchen Tumoren sich umwandeln könnten, muß man, und dafür spricht auch wohl das rasche Entstehen, an eine Metastasie von einem Viszeraltumor aus denken (in diesem Fall wahrscheinlich vom linken Hypochondrium aus). Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Die Röntgenstrahlenbehandlung der Hautepitheliome, von O. Taparelli. (Gazz. internaz. di Med., Chir. usw., 1912, Nr. 15.) Die Hautepitheliome heilt man am besten dadurch, daß man sie von Anfang an überwältigt, d. h. ihnen, ungeachtet der Möglichkeit, daß eine Radiodermitis auftritt, eine große Menge von Röntgenstrahlen absorbieren läßt, so daß das pathologische Gewebe seiner gänzlichen Vitalität beraubt und direkt zerstört wird. Geht man nicht in dieser Weise vor, so entwickelt sich die Geschwulst nach kurzer Zeit wieder und dringt eventuell auch in die Tiefe ein.

Die Menge von X-Strahlen soll je nach der Entität der Neoplasie verschieden sein und möglichst auf einem Male verabreicht werden. Sie schwankt zwischen III Bordier und höchstens 1—3mal IV Bordier. Was die Qualität der Strahlen anbelangt, so sollen diese stets sehr penetrierend sein (5—7 W. der Walterschen Skala = 7—8 Benoist). K. Rühl-Turin.

Zur Röntgenbehandlung der Epitheliome, von Fritz Callomon-Bromberg. (Strahlentherapie, 1912, Heft 3.) Verfasser beschreibt zwei Epitheliomfälle, bei denen sich die Röntgen-Bestrahlung als ungünstig erwies. Bei dem einen, einem bisher gutartig verlaufenen Kankroid des rechten Nasenflügels, das zwar auf Verabfolgung von zweimal einer halben Erythemdosis bei einem Härtegrad der Röhre von 8 Wehnelt vollständig abheilte, entwickelte sich alsbald eine metastatische Geschwulst der rechten Parotis, die den Fall zu einem bösartigen machte. Bei dem zweiten, einem geschlossenen Kankroid der Stirnhaut von Erbsengröße, zeigte sich nach ½ ED. (8½ Wehnelt) ein rapides Wachstum, so daß sofort chirurgisch eingeschritten werden mußte.

Da das klinische Aussehen einer Neubildung keinen Anhaltspunkt für die

Digitized by Google

Radiosensibilität abgibt, so fordert Verfasser strenge Indikation für die RÖNTGEN-behandlung. Seiner Meinung nach sind für die X-Strahlenbehandlung lediglich zu reservieren solche Fälle, die: I. technische Schwierigkeiten (Schwierigkeit der Plastik) bei der Operation darbieten; II. wenn ernste Kontraindikationen allgemeiner Natur gegen die chirurg. Behandlung bestehen (hohes Alter, schwere interne Erkrankung); III. jene seltenen Fälle, wo trotz radikaler Exzision immer wieder Rezidive eintreten.

Vor allzulanger Fortsetzung der Bestrahlungsversuche bei röntgenrefraktären Kankroiden ist zu warnen.

Zum Schluß mahnt Verfasser noch zur Vorsicht bei Verwendung von Röhren mit LINDEMANN-Glas. Peinlichste Wahrung der Röhrenkonstanz sei hier am Platz, wegen der gesteigerten Durchlässigkeit dieses Glases auch für sehr weiche Strahlen. Heinrich Rausch-Darmstadt.

Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatose der Haut, von G. ARNDT-Berlin. (Virchows Arch., Bd. 209, Heft 3.) Ein 44jähriger Mann erkrankte unter remittierendem Fieber mit progressiver Kachexie und einer Hyperleukozytose des Blutes neben beträchtlicher Schwellung der zervikalen, supraklavikularen und axillaren Lymphknoten an Hautveränderungen, welche klinisch — sowohl nach der Art ihrer Entwicklung (lange Dauer, verschiedene Stadien), wie auch rein morphologisch — dem Bilde einer Mycosis fungoides völlig glichen oder wenigstens sehr ähnlich sahen, während sie histologisch die sehr charakteristischen Gewebsveränderungen der Lymphogranulomatose aufwiesen.

In den lymphogranulomatösen Neubildungen der Haut ließen sich säurefeste und grampositive Stäbchen im Schnitte nachweisen, und zwar in einem Gewebe, das ausschließlich die charakteristischen Alterationen der Lymphogranulomatose, aber keinerlei eigentlich tuberkulöse Veränderungen darbot. Schourp-Danzig.

Psorospermosis vegetans „DARIER“, von A. HAVAS-Budapest. (Orv. Lapja. 1912, Nr. 26.) Der 17jährige Jüngling ist seit 10 Jahren krank. Auf der behaarten Kopfhaut, auf der Schläfengegend, hinter den Ohren, um die Nasenflügel, auf der Seite des Halses, um den Nabel, in der Achselhöhle, in der Inguinalgegend, namentlich auf dem Mons veneris, und in der Kniebeuge, sind schmutzig gelblich-braune, warzenartig sich erhebende, oder wie in der interskapularen Gegend flache, harte, trockene, hirsekorn- bis hanfsamen- oder linsengroße, einzelne oder eng nebeneinander liegende Knötchen, die auf Seitendruck ausgepreßt werden können und mit gräulichweißen, tiefdringenden Fortsätzen versehen sind. Auf der Schleimhaut des Gaumens gräuliche, flache, hirsekorngroße Knoten. Auf beiden Handrücken und dem Rückenteile der Finger flache, an Verruca juvenilis erinnernde beerblaue Erhöhungen. Porosz-Budapest.

Sarcoma fusi-giganto cellulare cutis, von A. PASINI-Mailand. (VII. Internat. Dermat.-Kongr., Rom 1912.) Unter den primären und solitären Sarkomen der Haut brachten die modernen Klassifikationen als Neuerungen nur die durch Rund- und fusiforme Zellen histologisch charakterisierten. PASINI an der Hand von klinisch-histologischen Beobachtungen zeigt, daß an der Haut als primäre und solitäre Sarkome Formen erscheinen können, die von großen und kleinen fusiformen, mono- und polynukleären und von sehr großen Zellen mit voluminösem, aus Kromatinanhäufungen bestehendem Kern gebildet sind und die variabelsten Formen annehmen können: Diese Zellen unterscheiden sich sicher von gewöhnlichen Riesenzellen der Granulome und von den ROBINschen Myeloplasten und gleichen den Riesenzellen des Knochenmarks.

Digitized by Google

Die klinische Beobachtung PASINIS betrifft eine 23jährige Frau, bei der sich am Oberschenkel ein kleiner Tumor entwickelte, der in der Kutis und Subkutis saß und auf der darunterliegenden Aponeurose beweglich war. Der Tumor wurde mit dem Messer entfernt, rezidivierte aber in der Wunde, ohne mit der Aponeurose zu verwachsen. Auch dieser Tumor wurde entfernt, worauf sich ein dritter in der Aponeurose bildete.

Der klinische Verlauf und die histologische Struktur zeigen also, daß, wenn es sich auch um ein primäres und solitäres Sarkom der Haut handelt, seine den Knochensarkomen ähnliche Struktur auf seine Beziehungen zur Femoralaponeurose hindeutet, welch letztere mit der Knochensubstanz in Kontinuität ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Röntgenbehandlung von Sarkomen, von ROBERT KIENBÖCK-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) Früh eingeleitete Röntgenbehandlung kann Sarkome zum Verschwinden bringen. Schon wenige Tage nach Beginn der Röntgenbehandlung kann man beurteilen, ob sie guten Erfolg verspricht. Geschwülste, welche sehr rasch wachsen und daher, wenn Operationen vorgenommen werden, immer wieder rasch rezidivieren, sind für Radiotherapie besonders geeignet.

Schourp-Danzig.

Ein weiterer Beitrag zur Frage der Mutation von Harnblasenpapillomen in Sarkom, von S. G. LEUENBERGER-Basel. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 99, Heft 2.) Bei einem 55jährigen Manne war ein gutartiges Harnblasenpapillom beobachtet und entfernt worden; drei Jahre nach der Entfernung trat eine Zystitis auf, in deren Folge nach nicht voll einem Jahre das Wiederauftreten von multiplen Harnblasenpapillomen auf dem Boden einer Hyperämie und Auflockerung der Blasenschleimhaut festgestellt wurde. Etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre nach Beginn dieser rezidivierenden Papillombildung wurde das Auftreten eines nicht papillomatösen Tumors festgestellt und 3 Jahre später bei der Eröffnung der Harnblase neben einer allgemeinen Papillomatose ein nicht papillomatöses Spindelzellensarkom vorgefunden, dessen außerordentlich rasch verlaufende Rezidivierung kurze Zeit nach Entfernung des Primärtumors den Exitus letalis des Patienten herbeiführte. Schourp-Danzig.

b. Benigne.

Narbenbehandlung, von FRANZ KIRCHBERG-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Empfehlung der Massage, kombiniert mit Heißluft- und Saugbehandlung für Narben, namentlich auch Operationsnarben. Mit Geduld und Sorgfalt wird selbst in alten Fällen und bei Keloidbildung befriedigendes Resultat erreicht.

H. Lautsch-Graudenz.

Zur Frage der Fibrolysinwirkung auf Narbengewebe, von P. SIDORENKO-St. Petersburg. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 118, Heft 5—6.) S. hält an seiner Anschauung fest, daß mikroskopisch nirgends eine Veränderung an dem Narbengewebe nach Fibrolysinanwendung festzustellen ist. Schourp-Danzig.

Die Behandlung der keloiden Narben, von M. WEINBERGER-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, 1912, Nr. 2.) Auf die keloide Fläche läßt W. aus der in Kaltwasserheilanstalten bekannten Dampfdusche heißen Dampf in Strahlen strömen, wobei er den Dampfstrahl hin und her bewegt, so daß die Hautfläche etwa $\frac{3}{4}$ Meter weit von der Ausströmungsstelle des Dampfes entfernt ist. Die Temperatur des Dampfes auf der Hautfläche ist etwa 50° C. Beachtet muß werden, daß das Kondenzwasser die Haut nicht abbrüht, weshalb der Apparat mit einem entsprechenden Schutzmittel ver-

Digitized by Google

sehen werden muß. Der Exposition folgt eine etwa 10 Minuten lang anhaltende zentripetale, schwach glättende Massage. Die Behandlung einer ausgedehnten Behandlung nimmt einige Monate in Anspruch, die Massage ist aber nur in den ersten 1—2 Monaten anzuwenden. In einem Falle war auf dem rechten Arm eine solch ausgedehnte hypertrophische Vernarbung, daß der Patient, der mit seinem Arm in heißen Kalk gefallen war, nach längerer chirurgischer Behandlung seinen Arm infolge der Vernarbung nicht biegen konnte und ganz arbeitsunfähig war. Das Resultat der geschilderten Behandlung war nach 3 Monaten die vollkommene Verflachung der keloiden Vernarbung, die pathologische Haut war glatt, überschritt nicht das Niveau der Nachbarschaft, war blasser als im normalen Zustande. Der zweite Fall betraf einen Maurertagelöhner, der mit seinem rechten Arm und seiner rechten Brust in eine Kalkgrube gefallen war. Der Kalk verbrannte auch den rechten Unterschenkel; daselbst befand sich in der Gegend des Knöchels eine handbreite, den Schenkel in Ringform umgebende Fläche, die sich teilweise auf den Fußrücken erstreckte. Nach der Heilung hatten sich Keloide auf den Narben entwickelt, die nach 5monatiger oben geschilderter Behandlung vollständig verschwunden waren. Statt ihrer war eine flache, elastische, blassere Hautfläche mit weiten Poren sichtbar. Auf anderen Stellen waren die keloiden Narben auf die Hälfte verflacht. An vielen Stellen waren vollkommen flache Stellen sichtbar. Die keloidartige Erhöhung des Sternums war nur im mittleren Teile, aber auch da wesentlich verflacht; ringsherum war die flache, weiche Haut blasser und hatte weitere Poren als in normaler Haut. Porosz-Budapest.

Histologische Untersuchung der sogenannten Keloidakne des Nackens, von J. Nicolas und M. Favre. (Lyon méd., Bd. 119, Nr. 28.) Die Verfasser bringen die histologischen Befunde an der Peripherie einer großen Keloidplaque. Die Haare zeigen Endofollikulitis, Verlust der Zellscheiden und bestehen nur noch aus der verhornten Achse. Die Talgdrüsen degenerieren und verwandeln sich in eine granulierte Masse. Um beide bilden sich Infiltrate, die an manchen Stellen nur aus Riesenzellen bestehen, so daß die Läsionen oft wie Tuberkel aussehen. Doch sprechen verschiedene Gründe (negativer Bazillenbefund usw.) gegen Tuberkulose. Biologisch betrachten die Verfasser die Riesenzellen als Fremdkörperriesenzellen, denen es zufällt, die degenerierten Haare und Talgdrüsen zu eliminieren. Sie schlagen für sie den Namen „Trichophagen" vor. Richard Frühwald-Leipzig.

Über einen ungewöhnlichen Fall von Papillomata acuminata, von H. Guth-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1912, Nr. 35.) Ungewöhnlich ist die gewaltige Größe, die Bildung selbständiger Geschwülste und die Ausbildung langer glatter Stiele an vielen derselben. H. Lautsch-Graudenz.

Behandlung der spitzen Kondylome der äußeren Genitalien mit negativer Elektrolyse, von Henri L. Hirondel. (Thèse, Paris 1912.) Als negative Elektrode benutzt der Verfasser eine Platinnadel, dabei verwendet er als Stromstärke 1 bis 4 Milliampere. Die Methode ist sicher, unschädlich, kaum schmerzhaft, gibt zu keiner Blutung Anlaß und hinterläßt eine kleine, weiche Narbe.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Warzen, von K. Stern-Fürth i. B. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Als ein Beispiel von der Übertragung von Warzen von einer Person zur anderen berichtet Verfasser über das Auftreten von Verrucae planae juveniles bei einem 27jährigen Zimmermädchen, das von der bei derselben Herrschaft beschäftigten Köchin angesteckt worden zu sein scheint. Als vermittelnder Faktor wird das gemeinsam benutzte Küchenhandtuch angesehen

Digitized by Google

Bei dem Zimmermädchen traten die Warzen etwa 9 Monate später als bei der Köchin hervor. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinisches über Verrucae plantares, von R. L. Sutton-Kansas City. (Amer. Journ. med. Scienc., Juli 1912.) Bei zwei typischen Fällen von Papillom der Fußsohle lieferte die Anwendung von Kohlensäureschnee sehr gute Resultate, nachdem vorher längere Zeit hindurch verschiedene andere Mittel vergeblich angewandt worden waren. Der eine Patient, ein 19jähriger Student, wurde durch zwei Sitzungen (mit einer achttägigen Zwischenzeit) prompt geheilt; im anderen Falle handelte es sich um eine 20jährige, nervenschwache Frau; bei dieser wurden die oberen Schichten der verhornten Epidermis mit Salizylpflaster abgelöst, worauf die freigelegte Warzenhöhle kokainisiert wurde vor der Anwendung des Schnees, was in drei Sitzungen geschah. Schließlich wurde auch noch mit Trichloressigsäure nachgeholfen. Verfasser bespricht die anatomischen Verhältnisse der Affektion und gibt eine Übersicht der Literatur über diesen Gegenstand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik und Ätiologie der multiplen symmetrischen Lipomatosis, von W. Schemensky-Jena. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27.) Verfasser berichtet über zwei Fälle dieser Art, von denen der eine einen 48jährigen Mann, der andere eine 40jährige Frau betraf, und kommt auf Grund seiner Beobachtungen und einer Besprechung der Literatur zu dem Ergebnis, daß es sich hierbei um eine Trophoneurose zentralen und peripheren Ursprungs in der Haut und auch in den tieferliegenden Partien handelt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Symmetrische Lipomatose, von Lyonnet und Bovier. (Lyon med., Bd. 118, S. 1463.) Bei dem 48jährigen Patienten erschienen vor 3 Jahren zwei Knoten am Nacken; während diese wuchsen, erschienen andere am Halse, in der Submaxillargegend, am Bauche, Rücken und Armen. Die Knoten sind symmetrisch verteilt, subkutan gelegen, schmerzlos, teils scharf umschrieben, teils mehr diffus. Verfasser weisen darauf hin, daß viele mit dieser symmetrischen Lipomatose Behaftete Kutscher oder dergleichen sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Multiple subkutane Hämangiome im Verein mit multiplen Lipomen charakterisiert durch enormen Zahlreichtum bei einem sonst gesunden, muskelstarken Menschen, von J. T. Bowen. (Amer. Journ. med. scien., August 1912.) Als hervorstechende Eigentümlichkeit der Läsionen wird nebst deren exzessiver Anzahl der Umstand verzeichnet, daß es sich dabei sozusagen um eine Vermischung von Angiomen mit Lipomen oder auch um eine fettige Entartung von Angiomen handelte. Von den gewöhnlichen Lipomen unterschieden sich die Gebilde durch ihr zirkumskriptes Verhalten neben dem Vorherrschen der vaskulären Bestandteile, wie die beigegebenen Abbildungen von histologischen Präparaten deutlich erkennen lassen. Obgleich fast die ganze Körperoberfläche mit den Tumoren in der Größe einer Erbse bis fast der eines Hühnereies dicht besetzt war, wurden subjektive Beschwerden nicht geklagt. Die Zunge erwies gelegentlich auch einen kleinen Tumor auf, der als ein reines Angiom nach der Exstirpation erkannt wurde. Bei einer zweijährigen Beobachtung änderte sich das Krankheitsbild, abgesehen von dem fortgesetzten Auftreten neuer Tumoren, so gut wie gar nicht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Radium gegen Angiome, von Breda Achille. Empfehlung des Radiums als das beste und sicherste Mittel gegen Angiome. Haas-Hamburg.

Mißbrauch und Gefahren der Radiumapplikation bei Angiomen, von Kirmisson. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 24.) Der Verfasser teilt in der chirur-

Digitized by Google

gischen Gesellschaft zwei Fälle mit, wo die Radiumtherapie, trotzdem sie von kompetenter Hand angewandt wurde, zu sehr schlechten Resultaten führte.

A. Gunsett-Straßburg.

Hat das Angiokeratoma (Mibelli) Beziehungen zur Tuberkulose?, von Alfred Brandweiner-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.) B. beantwortet die Frage mit nein und stützt sich dabei auf eine Beobachtung an einem 18jährigen Manne mit Angiokeratom, bei dem alle ausgeführten Tuberkulinproben — nach v. Pirquet und nach Hamburger — ein negatives Resultat ergaben.

Schourp-Danzig.

Diffuses Angiom am Halse, von Gravier. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 23.) Ein Neugeborener zeigt eine sehr voluminöse, zwischen die Zähne vortretende Zunge von perlmutterartiger Farbe; der Mundboden ist ähnlich verändert. Es handelt sich um Telangiektasien. Am Halse ein diffuses Angiom, die Wangen ödematös, als ob in der Tiefe Angiome lägen. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Angiokeratom, dem Madurafuß ähnlich, von A. Austregesilo-Rio de Janeiro. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, H. 18.) Der Fall betraf einen afrikanischen Neger, der angab, seit 4—5 Jahren mit dem Hautleiden behaftet zu sein. Der linke Fuß zeigte sich sehr geschwollen, von Vertiefungen und Höckern, besonders an der Dorsal- und Plantarfläche, durchsetzt; einzelne kraterförmige Geschwüre kommunizieren miteinander, sind für die Sonde durchgängig und bluten sehr leicht auf irgend welche lokale Reizung. Der rechte Fuß zeigt fast die gleichen Veränderungen, wenn auch weniger hochgradig, wie der linke. Die Hände zeigen Schwielen und harte, dunkel gefärbte Knoten. Die Inguinaldrüsen geschwollen, mit Zeichen früherer Eiterung. Der Gang des Kranken ist schwierig infolge der starken Entzündung der Füße, wo der Kranke Schmerzen und Juckgefühle hat. Von der rauhen, unebenen Oberfläche und den kraterförmigen unterminierten Stellen kommt eine übelriechende Flüssigkeit heraus. Die mikroskopische Untersuchung ergab aus den Geschwürsstellen nur die gewöhnlichen Eiterungen und nicht die Parasiten des Madurafußes, die histologische eines exzidierten Stückchen das typische Bild des Angiokeratoms (genauere Beschreibung des Befundes). Wegen der Seltenheit dieser Affektion beim Neger und der Ähnlichkeit des vorliegenden Falles mit Madurafuß, einer im Gegenteil in den Tropen häufigen Krankheit, verdient derselbe besondere Beachtung. Stern-München.

Xanthoma tuberosum multiplex vulgaris als Myomatosis cutis disseminata diagnostiziert, von Richard L. Sutton-Kansas City, Mo. (Journ. amer. med. assoc., 20. Juli 1912.) Verfasser hat drei Fälle beobachtet, von denen er einen histologisch untersuchen konnte. Die Farbe, die Verteilung der Tumoren über den Körper, die Art ihrer Entwicklung, besonders die charakteristischen Schmerzen, ließen eher auf Geschwülste der Haut als auf Xanthoma tuberosum schließen. Die histologische Diagnose war entscheidend. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von multiplem Auftreten von Epithelzysten, von Hans Wachter. (Diss. Breslau, 1912.) 1. Epithelzysten sind gutartige, sicherlich immer auf ein Trauma zurückzuführende Tumoren. 2. Je nachdem durch das Trauma die Kutis oder nur Epidermis in die Tiefe versenkt wird, entstehen a) Epithelzysten mit Hornzellen und Detritus aus zufällig mitversenkten Schweißdrüsen und Haarbälgen; b) Epidermoidale Perlgeschwülste, erkenntlich durch den zwiebelschalenartigen Aufbau ohne Detritus und serösen Inhalt. 3. Das Bindegewebe des Koriums hat immer das Bestreben, den Epitheltumor balgartig gegen seine Umgebung abzu-

Digitized by Google

schließen. 4. Die Epithelzyste ist immer von der Epidermis durch um sie parallel laufendes Bindegewebe getrennt, es sei denn, daß sekundäre Vorgänge (Vereiterungen, Verletzungen) zur Fistelbildung oder zu entzündlichen Verwachsungen führen. 5. Ihr verhältnismäßig geringes Wachstum und ihre Größe ist abhängig von der Straffheit oder dem mehr dehnbaren und verschieblichen Zustande des sie umgebenden Gewebes. 6. Sie wirken in ihrer Umgebung als Fremdkörper, erkenntlich durch das Auftreten von Fremdkörperriesenzellen. 7. Die Epithelzysten können sogar jahrzehntelang fast vollkommen reaktionslos in der Subkutis liegen. ohne ihrem Träger irgend welche Beschwerden zu machen. ad 1. Verwunderlich ist es, daß in der Regel nur unbedeutende Verletzungen zur Bildung von Epithelzysten führen. Es kann dies damit begründet werden, daß der Patient ihnen keine Bedeutung beilegt, weiterarbeitet, und daß dadurch ein zu frühes Zusammenlegen und Verwachsen mit der Gegenseite der Wundhöhle verhindert wird.

Fritz Loeb-München.

Stoffwechselversuche bei Akromegalie, von A. Rubinraut. (Dissert., Zürich, 1912.) Auf Anregung von Prof. Eichhorst hat Verfasser bei einem Fall von Akromegalie Stoffwechselversuche angestellt, und zwar in der Weise, daß Perioden ohne Therapie mit Perioden von Hypophysis-, Thyreoidea- und Jodkaliumtherapie abwechselten. Die Protokolle werden ausführlich mitgeteilt. Aus ihnen geht hervor, daß die Kalkbilanz zu Beginn dieser Stoffwechselversuche, d. h. während der ersten therapiefreien Periode positiv ist; unter dem Einfluß der verabreichten Hypophysispräparate wird die Kalkausscheidung gesteigert, so daß die Bilanz zuletzt stark negativ ist. Das gleiche gilt für die P_2O_5-Ausscheidung; dabei gingen die Schwankungen in der P_2O_5-Ausscheidung parallel zu denen der CaO-Ausscheidung. Die SO_3-Bilanz ist während sämtlicher Perioden stark negativ. In bezug auf MgO und NaCl herrscht Gleichgewicht zwischen den zugeführten und ausgeschiedenen Mengen. N wurde in großen Mengen im Organismus aufbewahrt. Die Thyreoidtherapie steht in ihren Wirkungen in schroffem Gegensatz zu der Hypophysistherapie. Im gleichen Maße mit den verabreichten Thyreoidpräparaten geht die CaO-Ausscheidung und parallel dazu die P_2O_5-Ausscheidung stark zurück, so daß die CaO- und P_2O_5-Bilanz, die während der Hypophysistherapie stark negativ war, bereits in der zweiten Periode der Thyreoidtherapie stark positiv ausfällt. Der N-Ansatz bleibt groß. Die SO_3-Ausscheidung geht unter dem Einfluß der Thyreoidtherapie stark zurück. Das Verhalten von MgO unverändert. Die NaCl-Ausscheidung war am Beginn der Thyreoidtherapie etwas zurückgegangen. Die Wirkung von KJ erinnert an die der Hypophysispräparate. Die CaO- und P_2O_5-Ausscheidung vergrößert sich beträchtlich. Die NaCl-Bilanz wird negativ. Die SO_3-Ausscheidung wird kleiner. N-Ansatz dauert fort.

Fritz Loeb-München.

Hypophysistumor ohne Akromegalie, von K. Martius. (Frkft. Ztschr. f. Pathol., Bd. 11, Heft 1.) Ein 70jähriger Mann litt seit längerer Zeit an Schwindelanfällen und wurde später von beiderseitiger Optikusatrophie befallen. Tod durch Schluckpneumonie. Die Sektion ergab einen etwa hühnereigroßen Tumor an der Hirnbasis, der ein abgekapseltes Adenom der Hypophyse darstellte. Der Vorderlappen der Hypophyse war bis auf einen schmalen Saum vom Tumor substituiert, der Hinterlappen zu einer dünnen Platte ausgezogen. Die genaue Untersuchung des ganzen Knotens zeigte keine eosinophilen Zellen. Dieser Fall spricht dafür, daß Hypophysentumoren nur dann mit Akromegalie verbunden sind, wenn die eosinophilen Zellen vermehrt sind. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Weitere Beobachtungen über den Fall von Boeckscher Krankheit (Multiples benignes Sarkoid Boeck), von Terebinsky. (Wratschebnaja Gaseta, 1912, Nr. 33 u. 34.) T. hat den von ihm in der russischen Zeitschrift für Haut- u. vener. Krankh., 1906, beschriebenen Fall von multiplem benignem Sarkoid Boeck weiter beobachten können und dabei gesehen, daß dieses Leiden sich unter Arsenikbehandlung langsam aber stetig zurückbildet. An Stelle der früheren großen Hautknoten finden sich jetzt kaum merkliche, eingesunkene Narben, während die kleinen Knoten, ohne Spuren zu hinterlassen, verschwunden sind. Eine lokale Behandlung hatte dagegen keinen Erfolg. Das Allgemeinbefinden der Kranken war die ganze Zeit über gut. Histologisch läßt sich an Stelle des großen Hautknotens das charakteristische Bild der narbigen Veränderungen wahrnehmen. Der zentrale Teil der Narbe, wo der Prozeß völlig abgelaufen ist, ist ganz frei von neuen Herden sarkoiden Gewebes, in der Umgebung trifft man noch Nester von sarkoidem Typus, die teilweise das gewohnte Bild zeigen, teilweise in Resorption begriffen sind. Der Resorptionsprozeß hat beim sarkoiden Gewebe einen anderen Typus als bei der Tuberkulose, in dem die kompakten Massen von körnigem Zerfall fehlen. Bei der Boeckschen Krankheit — Verfasser schlägt diesen Namen für das multiple benigne Sarkoid vor — können auch die Nervenstämme in den Prozeß hineingezogen werden.

Arth. Jordan-Moskau.

Molluscum contagiosum beim Menschen. Kulturen und andere experimentelle Studien, von Prof. R. Campana-Rom. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 65, Heft 6—7.) C. hatte Gelegenheit, aus dem Antlitze eines jungen Mädchens verschiedene ansteckende Mollusken entfernen zu müssen, die sich hauptsächlich in den Augenlidern befanden und etwa von der Größe einer kleinen Erbse oder eines schwarzen Pfefferkorns waren. Neben dem sogenannten Molluskumkörperchen wurde nun von Campana und Sabella ein nach Giemsa färbbarer, in Reinkultur züchtbarer und wieder überimpfbarer Parasit gefunden, der in seiner Einfachheit nur mit Spirochäten zu vergleichen sei. Die Struktur dieses Sporozoon ist eine höchst einfache; die morphologischen und funktionellen Grenzen desselben festzustellen ist aber noch nicht gelungen, wenn auch, ihn mehrere Generationen hindurch zu züchten. Dieser Parasit hat zum Begleiter, der selten fehlt, einen bazillenförmigen Schizomyeten, der in verschiedener Weise beschrieben und erläutert, von manchen Verfassern sogar als die wahre Ursache des Molluskum erklärt worden ist. Als sicher bezeichnet C. jedenfalls, daß seine Inokulation jene experimentelle Veränderung der Schleimhäute zur Folge hat, die von einigen als Diphtherie, von anderen, wie Perroncito, als Molluskum der Schleimhäute bezeichnet worden ist. Weitere Forschungen werden wohl noch zur einwandfreien Klarlegung dieser schwierigen Fragen angezeigt sein.

Stern-München.

Eine Epidemie von Molluscum contagiosum, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (Med. Record, 22. Juni 1912.) Während Molluscum contagiosum sonst immerhin so selten ist, daß es auch in großen Statistiken meist nur $^1/_6$—$^1/_5$% aller Hautkrankheiten ausmacht, hat H. in einem großen Internat für junge Leute eine Epidemie gesehen, bei der ungefähr 5% aller Insassen befallen waren. Im ganzen sind wohl einige hundert Fälle im Verlauf von vier Jahren dabei erkrankt gewesen. Im allgemeinen beschränkte sich die Eruption auf die bedeckten Teile des Körpers; in keinem einzigen Falle fanden sich die kleinen Tumoren an Händen oder Gesicht. Die Zahl der Effloreszenzen war immer ziemlich groß, in einzelnen Fällen bis zu einigen hundert. Einige Male waren die kleinen Tumoren strichförmig angeordnet, woraus offenbar hervorging, daß in einer Kratzlinie die Inokulation stattgefunden

Digitized by Google

hatte. Obwohl mit Sicherheit anzunehmen war, daß die Übertragung auf indirektem Wege, besonders durch Badetücher, stattgefunden, war die Art und Weise der Übertragung des genaueren nicht festzustellen.

H. ist der Überzeugung, daß die sogenannten Molluskumkörperchen keine Parasiten sind, sondern degenerierte Zellformen darstellen, hält aber die Frage noch für ungelöst, ob es sich um hyaline oder kolloide Stachelzellen handelt, wie UNNA meint, oder um eine ungewöhnliche Umbildung von Retezellen in Keratin (WHITE). Er hat außerdem bei seinen zahlreichen histologischen Untersuchungen eine Reihe typischer Zellen immer wieder gefunden, die er im einzelnen beschreibt. Auch bei diesen in mehr oder weniger großer Häufigkeit immer wiederkehrenden eigenartigen Zellformen, von denen er drei Variationen beschreibt, handelt es sich nach seiner Meinung wahrscheinlich um degenerierte Retezellen; immerhin läßt er die Frage einer eventuellen anderen Deutung offen.

Was die Behandlung anlangt, so hat sich am wirksamsten reine Karbolsäure erwiesen, die mittels eines gespitzten Hölzchens durch zentrales Einbohren jedem einzelnen der kleinen Tumoren appliziert wurde. W. Lehmann-Stettin.

Bericht über einen Fall von sehr stark gewuchertem Molluscum contagiosum, von W. COLWELL-Belfast. (Lancet, 7. Sept. 1912.) Die Geschwulst war bei dem 17 jährigen Mädchen hauptsächlich an der Nasenwurzel, aber auch an einigen anderen Stellen im Gesicht lokalisiert. Die Behandlung bestand teils in Abtragung mit der Schere, teils in der Applikation von Kohlensäureschnee, und war durchaus erfolgreich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Molluscum contagiosum, von DUBOIS-HAVENITH. (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 24.) Ein Fall, bei dem die Molluska vereitert waren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein kleines Chromatophorom der Haut, von RIBBERT-Bonn. (Virchows Arch., Bd. 208, Heft 3.) Es handelt sich um eine erbsengroße, mit glatter Haut überzogene, schwarzbraune, halbkugelig prominierende Geschwulst, die für einen pigmentierten Nävus gehalten wurde. Mikroskopisch untersucht, ergab der Tumor sich als ein noch nicht vollentwickeltes, aber doch schon deutlich ausgeprägtes Chromatophorom, das ausschließlich aus pigmentierten und gewöhnlichen Bindegewebszellen bestand. Schourp-Danzig.

c. Pigmentanomalien.

Ein Fall von Addisonscher Krankheit (Tuberkulose beider Nebennieren, sogenannter Status lymphatico-thymicus, Hypoplasie der Kreislauf- und Geschlechtsorgane), von A. PULAWSKI-Warschau. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 20.) Es handelt sich um ein 16 jähriges Mädchen, dessen Krankengeschichte dadurch bemerkenswert ist, daß bei weit vorgeschrittener Nebennierentuberkulose die Lunge vollständig gesund war und nur die Bronchial- und Mesenterialdrüsen mäßig tuberkulös waren; außerdem fand sich bei der Sektion eine ausgesprochene Hyperplasie des ganzen lymphatischen Systems, die Verfasser geneigt ist, als vikariierende Hypertrophie wegen Ausfall der Nebennierenfunktion anzusehen. Auch die Thymushypertrophie und die Veränderungen in den Parathyreoidealdrüsen sprechen dafür, daß es bei Störung oder Vernichtung der Funktion eines Organes mit innerer Sekretion zu einer Veränderung der Funktion anderer Drüsen derselben Art kommen muß. W. Lehmann-Stettin.

Epheliden und der Schakt, von G. PERNET-London. (Brit. med. Journ., 6. Juli 1912.) Zur Verhütung von Epheliden und auch eventuell von Xeroderma pigmen-

Digitized by Google

tosum wäre es nach P.s Ansicht gerechtfertigt, einen Versuch zu machen, ob durch das Tragen von gefärbten Brillen und somit durch Abschluß der aktinischen Sonnenstrahlen vom Auge sich eine Wirkung erzielen ließe. Er stützt diesen Vorschlag einerseits auf die embryologische Tatsache, daß Haut und Auge aus demselben Keimblatt hervorgehen, und andererseits auf Untersuchungen von LOEB und von SUMNER. Letzterer berichtet über willkürliche Erzeugung von bestimmten Zeichnungen an der Haut von Plattfischen (Steinbutt) durch das Einlegen von entsprechenden Vorlagen ins Aquarium, und daß dieselben nicht zur Entwickelung kamen bei blindgemachten Exemplaren. Philippi-Bad Salzschlirf.

Melanodermie nach Salvarsanspätdermatitis, von K. GRÖN-Christiania. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Ein 17½jähriger Seemann kam etwa 2½ Monate nach erfolgter Infektion mit positiver WASSERMANN-Reaktion und zahlreichen papulo-ulzerösen Syphiliden nebst ausgedehnter, durch gewöhnliche Streptokokkeninfektion bedingter Pustelbildung in Behandlung. Auf eine intravenöse Injektion von 0,4 Salvarsan reagierte Patient mit schnell vorübergehendem Fieber; 6—7 Tage nach der Einspritzung trat dann unter starkem Fieber ein sich fast über den ganzen Körper ausdehnendes Erythem hervor, das mit seinen Nachwirkungen, Abschuppung und Dekubitus erst nach sieben Wochen beendet war, worauf eine ausgedehnte grauschwarze Verfärbung der Haut über weiten Gebieten sich entwickelte nebst ausgesprochenen trophischen Störungen an den Fingernägeln. Temperatursteigerungen blieben noch bis in die elfte Woche bestehen, worauf sich dann allmählich allgemeines Wohlbefinden und erhebliche Gewichtszunahme einstellten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Lokalisation des Ulcus cruris varicosum, von KOLOMAN FREUDER-Wien. (Med. Klinik, 1912, Nr. 8.) Die Untersuchungen des Verfassers an einem Material von 942 Fällen ergaben, daß die linke untere Extremität häufiger als die rechte an Phlebektasien und konsekutiven Ulzerationen ergriffen ist. Typische Unterschenkelgeschwüre entstehen in der überwiegenden Mehrzahl im unteren Drittel des Unterschenkels, und zwar am inneren Fußknöchel. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von AUGUST LINDEMANN-Essen (Ruhr). (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 114, Heft 5—6.) Auf Grund seiner reichen Erfahrungen empfiehlt L. für kleine Ulcera cruris Salbenverbände nach Abschaben des Geschwürs, für mittelschwere Fälle Transplantation nach THIERSCH nach eventueller Exzision des Ulkus und unter jedesmaliger gleichzeitiger Behandlung etwa sonst bestehender Schädlichkeiten. Bei starken Varizen empfiehlt sich ihre Entfernung von möglichst vielen und kleineren Inzisionen aus unter Schonung der Haut. Solange außerdem die Ulzera nicht völlig geschlossen sind, sind Wattekompressionsverbände anzuwenden. Umschneidungen des Ulkus oder des ganzen Unterschenkels nach der RINDFLEISCH-FRIEDELschen Methode rät L. ab. Für die ganz schweren Fälle von Ulcus cruris, die insbesondere mit schweren Veränderungen sonstiger Natur einhergehen — Elefantiasis — empfiehlt sich die Amputation, da auf diese Weise Arbeitern, die jahrelang erwerbsunfähig gewesen sind, wenigstens ein größerer Teil der Erwerbsfähigkeit zurückgegeben wird.

Schourp-Danzig.

Über die Behandlung des Ulcus cruris mit rotem Glühlicht, von ARTUR MEYER-Köln. (Strahlentherapie, 1912, Heft 3.) Verfasser sah bei Unterschenkel-

Digitized by Google

geschwüren günstige Heilresultate durch die Verwendung des roten Glühlichtbades. Das rote Licht bewirkt, ohne entzündliche Irritation hervorzurufen, eine reiche Durchblutung der Gewebe mit seröser Durchtränkung der Saftspalten.

In einem gewöhnlichen Glühlichtkasten mit roten Birnen wird das Ulkus, das man zweckmäßig mit einer dünnen Lage von Borsalbe bedeckt, täglich zweimal 15 Minuten bestrahlt. Schon nach kurzer Zeit verwandeln sich tiefe, schmutzig belegte Geschwüre in reine Granulationsflächen, die sich rasch epithelisieren. Die Narben werden schmal und gut verschieblich, keineswegs kallös.

Neben dieser Rotlichtbehandlung, die Verfasser sehr empfiehlt, werden die sonst erprobten Heilverfahren nicht ganz außer acht gelassen: Hochlagerung, Ruhe, vorsichtige Massage, Anwendung einer 5%igen Perubalsamsalbe usw.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Behandlung der Ulcera cruris mit der Quarzlampe, von EDGAR BRÄNDLE-Breslau. (Med. Klinik, 1912, Nr. 31.) Verfasser berichtet über die günstigen Resultate, die er mit Anwendung der KROMEYERschen resp. NAGELSCHMIDTschen Quarzlampe bei torpiden Ulcera cruris, exulzerierenden Pernionen und schlecht heilenden Bubonen erzielt hat. BRÄNDLE glaubt, daß die besseren Resultate mit der NAGELSCHMIDTschen Lampe darauf zurückzuführen sind, daß hier neben den chemisch wirksamen Strahlen auch Wärmeeinwirkung stattfindet.

Genaueres über die Technik cf. Original. Lasch-Breslau.

Behandlung der Ulcera cruris mit lokalen Salvarsanapplikationen, von A. LÉVY-BING und L. DUROEUX. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 53.) Ermutigt durch fremde und eigene Beobachtungen bei lokaler Salvarsanapplikation auf Sklerosen versuchten die Verfasser das Mittel auch bei Beingeschwüren und fanden, daß es sowohl bei syphilitischen als bei gewöhnlichen varikösen Ulzera in hohem Maße die Eigenschaft besitzt, den Vernarbungsprozeß zu beschleunigen. Anfangs bestreuten sie die Geschwüre mit reinem pulverförmigem Salvarsan, beobachteten aber, daß es in dieser Form zu stark kaustisch wirkt. Es bildete sich jedesmal eine starke, fest an der Unterlage haftende Nekrose, welche sich nur nach langer Zeit loslöste. Sie applizierten dann das Mittel in Salbenform (1:10 Vaselin) und konnten so diese unangenehme kaustische Wirkung ganz ausschalten. Man braucht nur eine kleine Menge Salbe, um das Geschwür zu bedecken, und legt einen trockenen Verband darüber an. Die Vernarbung wird in ziemlich kurzer Zeit erzielt. Die Verfasser teilen eine Krankengeschichte syphilitischer Beingeschwüre und drei Beobachtungen gewöhnlicher variköser Ulzera zum Belege mit.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der Varizen durch die künstliche Thrombose, von E. TAVEL-Bern. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 116.) Seit der Veröffentlichung der Methode in Nr. 19 des Korrespondenzblattes für Schweizer Ärzte, 1904, hat T. sehr gute Resultate erzielt. Es erwies sich die künstliche Thrombose nach der Ligaturresektion als sehr zuverlässig und gefahrlos; die Methode eignet sich besonders für die Fälle von Varizen mit dem TRENDELENBURGschen Symptom, weniger für die Fälle von tiefen Varizen, die man bei schlechter Zirkulation beobachtet. Bei rezidivierenden Phlebitiden und bei Ulcus varicosum ist sie gleichfalls sehr gut.

Schourp-Danzig.

Operationsmethoden für variköse Venen, von ANDREW FULLERTON. (Med. Press. a. Circ., 14. Febr. 1912.) Kurze Beschreibung von acht Operationsarten für Unterschenkelvarizen. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Atrophisierende Dermatitiden, von M. Oppenheim. (Wien. klin. Wochenschr., 10/12.) Zwei Kardinaleigenschaften verbinden alle verschiedenen Formen der atrophisierenden Dermatitiden: 1. die vorangehende Entzündung des kutanen Gewebes und 2. die Atrophie bzw. Anetodermie. Alle verschieden aussehenden Varietäten dieses gemeinsamen Prozesses (Erythromelie, idiopathische Hautatrophie, Acrodermatitis atrophicans, Anetodermia maculosa) können sich kombinieren und dadurch verschiedene Bilder hervorrufen, ferner auch durch das Auftreten in zirkumskripter makulöser Form und generalisierter Form.

Gleichzeitig mit den Entzündungserscheinungen gehen Veränderungen des Kollagens vor sich, für die eine angeborene oder eine erworbene Disposition und ferner verschiedenartige Noxen anzunehmen sind.

Drei Veränderungen des Bindegewebe- und Elastinschwundes werden häufig beobachtet: 1. ein sklerosierender Prozeß, bei dem die atrophische Haut straff gespannt, schwer faltbar und von auffallend gelbweißer Farbe ist, gelegentlich mit ephelidenartiger, brauner Pigmentsprenkelung. Es handelt sich um einen narbenähnlichen Prozeß des lockeren atrophischen Bindegewebes, der zu einer Neubildung des elastischen Gewebes führt (cave Diagnose: Sklerodermie und Acrodermatitis atrophicans; 2. Fibromentwicklung in den atrophisierenden Hautbezirken (histologisch: zellreiches Bindegewebe ohne elastische Fasern); 3. Ausbildung von schlaffen, Fettgewebe führenden hernienartigen Hautvorstülpungen, die sich durch Zug an der Haut ausgleichen lassen. Viktor Caesar-Dresden.

Über die atrophierende Follikulitis, von L. Martinotti-Genua. (Gazz. internaz. med. et chir., 1912, Nr. 10.) Die Sycosis lupoides von Brocq, das Ulerythema sycosiforme von Unna, die von Sack 1891 als Dermitis parenchymatosa atrophisans beschriebene Hautkrankheit und die von Ducrey und Stanziale als Dermite sicosiforme atrofissante beschriebene Hautentzündung sind eine und dieselbe Sache, d. h. eine sklerosierende und atrophierende, vorwiegend am Bart lokalisierte Form von Follikulitis, welche ihrem klinischen Verlauf und ihren pathologisch-anatomischen Charakteren nach der von Quinquaud an der behaarten Kopfhaut als Follicolite decalvante und der von Arnozan an den glatten Körperteilen als Folliculite depilante beschriebenen Hautaffektion entspricht.

Verfasser beobachtete einen Fall von einer über fast den ganzen Körper ausgebreiteten, seit etwa 25 Jahren bestehenden lupoiden Follikulitis, welche in der Bartgegend den Typus der lupoiden Sykosis, in der Achselgegend denjenigen der Folliculite decalvante von Quinquaud und in der Brustbeingegend und an den Gliedmaßen denjenigen der Arnozanschen Follikulite zeigte. Er glaubt, es handle sich um eine und dieselbe Krankheitsform, welche je nach den einzelnen Gegenden einige Differenzen aufweisen; im wesentlichen handelt es sich um zikatrizielle alopezische Atrophie im Zentrum der Herde, vorwiegend infiltrative Follikulitis mit geringer Eiterung an der Peripherie der Herde, Haare mit weißer opaker Scheide. Verfasser konnte aus dem Eiter stets den Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur züchten. K. Rühl-Turin.

Striae atrophicae, Achloridurie und Abdominaltyphus, von J. C. F. D. Vaughan. (Lancet, 25. Mai 1912.) Ein 18jähriger kräftiger Seemann wurde wegen ödematöser Schwellung des Gesichts und Polyurie und ausgedehnter Entwicklung von atrophischen Striae an der Lendengegend und den Oberschenkeln bei subjektivem Wohlbefinden aufgenommen. Das Ödem war etwa zwei Monate vor der Aufnahme zuerst bemerkt worden, war aber zeitweilig wieder vergangen. Verfasser konstatierte als auffälligste Erscheinung eine sehr ausgesprochene Herabsetzung der Chloride im

Digitized by Google

Urin. Patient entwickelte im weiteren Verlauf der Beobachtung Pneumonie und Abdominaltyphus und ging an einer Perforation zugrunde. Das Auftreten der atrophischen Narben dürfte als Folge des Ödems und der entstehenden schweren allgemeinen Erkrankung zu erklären sein. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Behandlung der angio-sklerotischen Gangrän der unteren Extremitäten mittels arteriovenöser Anastomose, von H. Luxembourg-Köln. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 114, H. 5—6.) Aus Literatur und Kasuistik geht hervor, daß in vereinzelten Fällen die Überleitung des Arterienblutes in die Vene den Krankheitsverlauf wenigstens zeitweise bessert, insbesondere die Schmerzen erträglicher macht oder völlig schwinden läßt, aber noch immer ein höchst unsicheres Endresultat gibt. Schourp-Danzig.

Sklerodermie mit Schilddrüsenatrophie, von L. Boughut und Dujol. (Lyon méd., Bd. 119, S. 421.) Bei der 69jährigen Patientin hatte das Leiden vor acht bis neun Jahren mit dumpfen Schmerzen und Kältegefühl in den Fingern begonnen, woraus bald ein typischer Raynaudscher Symptomenkomplex entstand. Daran schloß sich bald Sklerodaktylie und später ein großer Sklerodermieherd am Nacken und ebensolche an den Beinen. Gegen das Ende der Krankheit stellten sich oszillierende Temperatursteigerungen, Tachykardie, Dyspnoë, Aphonie und persistierende Koryza ein. Die Kranke starb in Kachexie. Die Autopsie ergab außer den klassischen Hauterscheinungen (histologisch: Abflachung des Papillarkörpers, Atrophie des Epithels, hyaline Umwandlung der Kutis) Atrophie und Sklerose der Schilddrüse, Atrophie der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut. Das Zentralnervensystem, die Nerven und Arterien und die Drüsen mit innerer Sekretion waren völlig intakt. Diese Befunde sprechen den Autoren dafür, daß die Sklerodermie mit der Schilddrüsenatrophie in einem ursächlichen Zusammenhange stehe. Die Atrophie der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut betrachten sie als eine besondere Lokalisation der Sklerodermie. Richard Frühwald-Leipzig.

Generalisierte ödematöse Sklerodermie (Sklerem von Buzzier), welche rasch nach einer Adeno-Phlegmone des Halses auftrat, von Apert und Leblanc. (Bull. soc. pèdiat., 12. Dezember 1911.) Auffallend an dem Fall ist die Schnelligkeit des Beginnes und das Auftreten der Erkrankung bei einem 14jährigen Kinde. Die Verfasser glauben, daß die Adenophlegmone des Halses die Schilddrüse modifiziert hat, welche dann ihrerseits die Hautveränderungen erzeugte. Tatsächlich wurde auch mit Schilddrüsenextrakt ein Erfolg erzielt. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von progressiver Sklerodermie, von Desneux. (Journ. med. Bruxelles, 1912, Nr. 24.) Die Krankheit hatte vor einem Jahre mit kleinen Herden in den Flanken begonnen und rasch die ganze Haut ergriffen. Stellenweise, besonders in der Vagina, ist auch die Schleimhaut befallen. Die Herde liegen symmetrisch und überschreiten nicht die Mittellinie. Deshalb glaubt der Verfasser an eine nervöse Ätiologie des Leidens. Richard Frühwald-Leipzig.

Fall von Sklerodermie, von Klinger-Berlin. (Gesellsch. der Charité-Ärzte. Protok. in Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.) Der vorgestellte Fall, ein Mann von 45 Jahren, zeigt einen nahezu normalen Befund der Haut nach vorhergehender universeller Sklerodermie, die vor etwa einem halben Jahre gleichzeitig mit nervösen Erscheinungen begannen. Pupillendifferenz und Erhöhung des Blutdruckes, welche dem Ausbruch der eigentlichen Sklerodermie vorangingen, deuteten auf einen erhöhten Sympathikustonus. Diese Beobachtung erscheint dem Verfasser als Stütze für die Vermutung, daß das Krankheitsbild der Sklerodermie auf Anomalien der inneren Sekretion zurückzuführen ist. Die Therapie bestand in Darreichung von Chinin,

Digitized by Google

intramuskulären Injektionen von Fibrolysin, lokalen Einreibungen mit 10%iger Fibrolysinsalbe. Arthur Schucht-Danzig.

Beiträge zur Sklerodermie, von Julius Donath-Budapest. (Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 44, H. 4.) Donath bringt ausführliche Krankengeschichten von zwei Fällen von Sklerodermie, die viele interessante Punkte bieten, hier aber nur ganz kurz erwähnt werden können. Im Fall 1 handelt es sich um einen Fall, der seit 16 Jahren besteht, neben den gewöhnlichen Sklerodermieveränderungen ganz auffallend starke Beteiligung des Knochengerüstes (allgemeine Atrophie und Osteoparese sämtlich am Vorderarm und Handknochen) aufweist und nie menstruiert hat. Schilddrüsentabletten und Fibrolysininjektionen brachten nur geringe Besserung, während bei Fall 2, der acht Jahre bestand, bei nicht fühlbaren Schilddrüsen Thyreoidtabletten (erst zweimal täglich, dann einmal täglich) sehr erhebliche Besserung hervorriefen. Der Verfasser betont die Unklarheit, die noch immer über den Ursprung der Sklerodermie herrscht. Die Therapie, die bei der schwer zu stellenden Diagnose des ersten „nervösen" Stadiums fast immer erst im zweiten ödematösen oder myxödematösen Stadium eingeleitet wird, ist dann oft mit Schilddrüsenpräparaten erfolgreich, während im dritten „sklerosierenden" oder „sklerotrophischen" Stadium meist nur noch von Fibrolysin, Massage und Bädern Erfolg zu erwarten ist.

Otto Lasch-Breslau.

Ein Fall von fixem bilateralem Lupus erythematosus und ein Fall von Naevus planus vasculosus mit Kohlensäureschnee behandelt, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1912, Nr. 14.) In dem Falle von Lupus erythematosus wurde der Kohlensäureschnee 25 Sekunden, bei dem bereits mit Radium vorbehandelten Nävusfalle 10—15 Sekunden appliziert. Die Resultate waren in beiden Fällen gut.

A. Gunsett-Straßburg.

Alopezia, ihre Formen und Behandlung, von Isadore Dyen-New Orleans. (New York med. Journ., 8. Juni 1912.) D. unterscheidet zwei Hauptformen der Alopezia: idiopathische oder primäre und symptomatische oder sekundäre. Zu der ersteren gehören alle jene Fälle, wo wir eine spezifische Ursache nicht kennen und der Haarausfall aus rein natürlichen Veränderungen in den Haaren stattfindet. Es sind das die kongenitale (selten vollständige), die senile und die vorzeitige (teilweise oder vollständige) Kahlheit. Gegen diese Fälle ist die Therapie im allgemeinen machtlos. Die symptomatische Form beruht entweder auf lokalen oder allgemeinen (konstitutionellen) Ursachen. Zu ersteren zählt D.: Dermatitis seborrhoica, Seborrhoea sicca, Ekzema, Erysipel, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris, parasitäre Krankheiten, wie Tinea tonsurans, Favus, Tinea barbae, Staphylokokkeninfektionen und Follikulitis in ihren verschiedenen Formen, schließlich noch Traumen, Verbrennungen usw. Zu den allgemeinen konstitutionellen Ursachen der Alopezia zählen Syphilis, Psoriasis, Fieberkrankheiten (Typhus usw.), Ichthyosis, Lepra, Variola, Neurosen (Alopecia areata). Die verschiedenen, diesen Ursachen entsprechenden Varietäten der Alopezia werden von Verfasserin kurz nach Form und Verlauf beschrieben. Die Therapie besteht in erster Linie darin, die primäre Ursache zu beseitigen und dann den Haarwuchs anzuregen. Innerlich Strychnin, Phosphate, Arsenik usw., lokal der galvanische oder Hochfrequenzstrom, auch Kantharidenpflaster, Sublimatlösungen, gelegentlich Pinselungen mit Chloralhydrat, Karbolsäure, Jodtinktur, ätherischer Veratrinlösung u. a. m., außerdem häufige Waschungen des Kopfes mit grüner Seife oder Theer-, Resorzin-, Naphtol- und Schwefelseife. Jede lokale Therapie muß streng individualisieren, ölige Substanzen sind zu gebrauchen, wenn die Haare und Haarboden trocken, austrocknende oder alkoholische Mittel,

Digitized by Google

wenn sie fett sind. Kombinierte antiseptische Lösungen mit Resorzin (2—5%ig), Salizylsäure (2—5%ig), Milchsäure (2—5%ig), Sublimat (1:1000) oder mit Karbolsäure (nicht über 2%ig) sind zuweilen von Vorteil, da jedes dieser Mittel einigermaßen stimulierend auf den Haarwuchs einwirkt. Der Hochfrequenzstrom hat sich in manchen hartnäckigen Fällen als erfolgreich erwiesen. Stern-München.

Alopecia areata, ihre Ursachen und Behandlung, von Paul E. Bechet-New York. (New York med. journ., 29. Juni 1912.) B. vertritt den Standpunkt, daß die wirkliche Alopecia areata eine Trophoneurose und keine ansteckende Krankheit, und was man unter der kontagiösen Form zu verstehen habe, eine spezielle, durch einen spezifischen Bazillus verursachte Affektion sei, dessen genauere Natur aber erst noch erforscht werden müsse. Da es aber Fälle gibt, wo nicht zu unterscheiden ist, um welche Form der Alopecia areata es sich handelt, so ist therapeutisch sowohl allgemein konstitutionelle wie lokale Behandlung zu empfehlen. In letzterer Beziehung hat sich B. die Anwendung von Resorzin in 2½—6%iger Lösung, kombiniert mit reizenden Substanzen, wie Kanthariden und Kapsikum, bewährt. Die Lösung wird zweimal täglich angewandt und in die Haut mit zirkulären Bewegungen eingerieben. Eine andere wertvolle Methode ist die von Bulkley empfohlene Anwendung der 95%igen Karbolsäure. Ein um ein Holzstäbchen gewickeltes Wattebäuschchen wird mit derselben durchtränkt und fest auf die kahle Stelle aufgedrückt, die aber an Umfang zwei Quadratzoll nicht übersteigen darf; die anderen Teile müssen in einer nächsten Sitzung geätzt werden, und auf der gleichen Stelle darf vor Umlauf von 14 Tagen die Behandlung nicht wiederholt werden. Die Karbolsäureätzung ist nicht schmerzlos, jedoch erlebte B. in keinem der 15 damit behandelten Fälle, daß Patient deshalb die Weiterbehandlung aufgab, und er konnte sich durch Kontrollfälle von der Wirksamkeit der Methode überzeugen. Die Augen sollten in allen Fällen von ausgedehnter Alopecia areata untersucht werden, da sehr häufig Refraktionsanomalien mit diesen verbunden sind und richtige Korrektion derselben zweifellos in manchen Fällen die Heilung der Alopecia areata beschleunigt hat. Innerlich sollte alles zur Besserung des Allgemeinbefindens aufgewendet werden: Arsen, Chinin, Eisen, Phosphorsäure, Strychnin allein oder kombiniert, Sorge für Stuhlgang, möglichst viel Aufenthalt in frischer Luft. Die Prognose hält B. eher für eine günstige, außer bei totaler Kahlheit, besonders wenn das Leiden auf einige wenige Stellen beschränkt ist und jüngere Leute betrifft. Stern-München.

Die Behandlung der Alopezie mittels des ultravioletten Lichtes, von J. D. Harris-Exeter. (Lancet, 6. Juli 1912.) Verfasser hat bei sechs Fällen von Alopecia areata circumscripta durchweg Heilung mit der Quarzlampe nach Kromayerscher Vorschrift erzielt. Dagegen wurden zwei Fälle von Alopezie des ganzen Körpers erfolglos behandelt, trotzdem die Sitzungen auf 4 resp. 13 Monate ausgedehnt wurden; jedoch wurde ein Fall von totaler Alopezie nur der Kopfhaare nach 11 Monaten als geheilt entlassen, derselbe ist aber nach einem halben Jahre mit vereinzelten kahlen Stellen zur Behandlung wiedergekommen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Schwere Pelade, behandelt mit ultravioletten Strahlen, von René Horand. (Lyon méd., Bd. 119, S. 275.) Ein Kranker, der seit langer Zeit an heftigen Kopfneuralgien gelitten hat, wurde von ausgedehnter Alopecia areata des Kopfes und des Bartes befallen. Wegen einer bestehenden ignorierten Syphilis wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, doch ohne Erfolg. Erst als gleichzeitig Bestrahlungen mit der Kromayer-Lampe angewendet wurden, begannen einige depigmentierte Flaumhaare aufzusprießen. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Ergrauen der Haare in Verbindung mit Nervenläsionen, G. L. Cheatle-London. (Brit. med. Journ., 31. August 1912.) Verfasser schildert zwei Fälle, bei denen ein Grauwerden eines zirkumskripten Teiles der Kopfbehaarung mit einer Abnormität des Nervenapparates verknüpft war. Bei dem einen Patienten war das Gebiet der Graufärbung ausgesprochen anästhetisch, bei dem anderen bestanden zwei Neurofibrome subkutan am Kopf an der Grenze des mit grauen Haaren besetzten keilförmigen Teiles des Vorderkopfes. Sensible Störungen irgend welcher Art bestanden hierbei allerdings nicht. Verfasser betrachtet diese Fälle als Beispiele einer als Begleiterscheinung und wahrscheinlich als Folge einer Nervenläsion auftretenden Epithelveränderung und wirft die Frage auf, ob nicht eine andere epitheliale Abnormität, nämlich das Karzinom, auch durch Nerveneinflüsse hervorgerufen werden könnte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vitiligio, nebst Bericht über einen Fall, der zwei Wochen nach einem Scharlach auftrat, von H. Hill-Philadelphia. (Arch. of Pediatr., Juli 1912.) In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um ein 11jähriges Mädchen armenischer Geburt. Es wird nicht mitgeteilt, auf welche Körperteile die Vitiligo sich erstreckte.
W. Lehmann-Stettin.

Vitiligio und Syphilis, von P. Marie und Crouzon. (Journ. des pratic., 1912. Nr. 28.) Gleichzeitiges Auftreten einer generalisierten Vitiligo und eines papulosquamösen Syphilids. A. Gunsett-Straßburg.

Idioneurosen.

Zur Behandlung des Pruritus cutaneus, von J. Sellei-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 6.) Nach Kromayer benutzt S. 20%ige Natronlauge zur Einpinselung, 1—2 Minuten später drückt er einen nassen Tampon auf die Stelle, um die Ätzung zu mäßigen. Tritt nachher Entzündung auf, verordnet er 5—10%iges Zinklanolin. Außerdem regelt er die Funktion des Magens und des Darmes. Behufs Veränderung der Blutzusammensetzung läßt er aus einer Vene des Armes 300 ccm Blut und gibt eine Kochsalzinfusion (300 ccm) (Brücksches Verfahren). Einigemal sah Verfasser gute Erfolge; in hartnäckigen Fällen (auch bei Urtikaria) gibt er Adalin; nach einigen Tabletten hört das Jucken auf. Porosz-Budapest.

Über Pruritus vulvae; Ätiologie und Therapie. Klinische Vorlesung von R. A. Gibbons. (Med. Press. a. Circ., 1912, Nr. 3808 u. 3809.) Verfasser unterscheidet: 1. den symptomatischen, 2. den essentiellen Pruritus vulvae, der als eine Neurose aufzufassen ist. Der wirkliche essentielle Pruritus ist sehr selten, dagegen kann in fast allen Fällen eine lokale Ursache gefunden werden. Manchmal nimmt die Erkrankung ihren Ursprung von einer leichten Abschürfung des Epithels der Schleimhäute. Eine gewöhnliche Ursache bei schwerem Pruritus ist Zucker im Urin bei Diabetes oder Urin, der mit Uraten oder Harnsäure oder Kalziumoxalat beladen ist. Weiter können ursächlich in Betracht kommen: Pediculi pubis, Askariden, Oidium albicans, der Gonokokkus, Uteruskarzinom, Menses, Schwangerschaft, Ekzem, lange Zeit getragene Pessare, Masturbation, kleine, um das Orificium vaginae herum sitzende Ulzerationen, die leicht übersehen werden. — Der therapeutische Erfolg hängt zum großen Teil von einer sehr genauen Untersuchung ab. Bei Feststellung eines ätiologischen Momentes kann manchmal sehr rasche Heilung eintreten. Die Therapie verfügt über: 1. innere, 2. äußere Behandlung, 3. operatives Vorgehen. — Diätetisches Verhalten bringt in einzelnen Fällen wohl Vorteil; bei schwereren ist jedoch nichts davon zu erwarten. Zu verbieten sind Gewürze und Alkohol. Von Vorteil können

Digitized by Google

Bromsalze sein, besonders Bromammonium, manchmal Zinc. valerianicum. Für die Zeit der Juckattacke selbst ist zu empfehlen Cannabin. tannic., Chloreton, Aspirin, Novaspirin, Opium. Wichtig ist, für Nachtruhe zu sorgen; Bromammonium zusammen mit Tinct. Hyoscyami verschafft einen ausgiebigen Schlaf, ebenso Paraldehyd; Morphium dagegen wird schlecht vertragen. Zur äußerlichen Behandlung ist bei Beginn des Juckens eine zwei- oder mehrprozentige spirituöse Lösung von Acid. carbol. zu empfehlen, sodann nach KROMAYER Kalilauge zur Zerstörung der subepidermoidalen Bläschen, die das Jucken verursachen sollen. Während des Anfalles helfen manchmal Sublimatlösungen in stärkerer Konzentration, Bleiwasser, in Sprayform Chloräthyl, Äther, Chloroform. Teer-, Menthol- und Arg. nitr.-Lösungen sind zu versuchen. Zur Salbenbehandlung stehen eine große Anzahl von Arzneimitteln zur Verfügung: Bismuth. subnitr., Kalomel, Kokain, Acid. carbol., Chloreton, Menthol, Ichthyol, Salizylsäure. Nimmt der Pruritus von höheren Stellen der Vagina seinen Ursprung, so sind Scheidenspülungen anzuwenden, warm oder kühl, je nach Bekömmlichkeit. Lösungen von Acid. carbol., Natr. bicarbon., Chloreton leisten öfters gute Dienste. Auch entsprechende Tampons können angewandt werden; Beachtung verdient die Injektion von Eukainlösung in den Sakralkanal, die Behandlung mit Ultraviolettstrahlen, RÖNTGEN-Strahlen, Radium, Hochfrequenzstrom, Elektrizität und Kataphorese. Bei verzweifelten Fällen kommen dann operativ in Betracht: 1. die Kauterisation, 2. die Exzision der betroffenen Teile, 3. die Durchtrennung der Nerven.

Die Kauterisation mit dem PAQUELIN- oder elektrischen Thermokauter ist von guter Wirkung, wenn kleine Ulzerationen vorhanden sind. Versagt auch dies Mittel, so ist zu Exzision zu raten, die die Klitoris, die kleinen Labien und die benachbarten Teile der großen Labien zu entfernen hat. Die Resektion des Nerv. pudendus ist in ihren Folgezuständen eine sehr ernste Operation, die nach des Verfassers Ansicht besser unausgeführt bleibt. Fendt-Wiesbaden.

Sekretionsanomalien.

Eine klinische Notiz über Hyperhidrosis circumscripta, von RICHARD L. SUTTON-Kansas City, Mo. (Journ. amer. med. assoc., 28. Sept. 1912.) Verfasser beobachtete bei einem sechsjährigen, sonst völlig gesunden Jungen nahe dem inneren Ende der linken Augenbraue einen 3—4 cm großen Bezirk, in dem die Schweißproduktion bedeutend vermehrt war. Manchmal werden innerhalb 15 Minuten 4 ccm Flüssigkeit ausgeschieden. Der Schweiß war normal in Geruch und Farbe. Durch Röntgentherapie trat Besserung am Ende der zweiten Woche ein, und nach sieben Bestrahlungen waren anscheinend normale Verhältnisse eingetreten. Eine Wiederholung der Röntgenbehandlung wird von Zeit zu Zeit stattfinden müssen, bis die Atrophie der Schweißdrüsen eine dauernde geworden ist. Fendt-Wiesbaden.

Saprophyten und Fremdkörper.

Über Tätowierungen bei Soldaten, von LEOPOLD GORONZEK. (Inaug.-Dissert., Königsberg i. Pr., 1912.) Ergebnis: 1. Tätowierungen sind bei Soldaten selten (7%), sie finden sich bei Bestraften nicht so häufig wie bei Unbestraften (2,9% bestrafte Tätowierte). 2. Tätowierungen werden vor der Dienstzeit gemacht, zum Teil in früher Jugendzeit, während der Dienstzeit selten. 3. Man findet die gleiche Art von Bildern und Zeichnungen bei Bestraften und Unbestraften, körperlich und geistig

Digitized by Google

Gesunden, wie bei geistig minderwertigen und geistig kranken Leuten. 4. Die Bilder werden willkürlich ausgewählt und lassen infolgedessen keinen Schluß zu auf Beruf, Charakter, Neigung, Kriminalität. 5. Tätowieren ist in der Jugend Nachahmungstrieb und Spielerei, später Modesache und Zeichen der Langeweile; es dient vielfach dem Gelderwerb. 6. Tätowierungen können nicht zu den sogenannten Degenerationszeichen gerechnet werden. Fritz Loeb-München.

Über den hämolytischen Ikterus, von Enrico Anau-Turin. (Morgagni, 1912, Nr. 8.) Das pathologische Hauptmerkmal des hämolytischen Ikterus ist eine kontinuierliche, anormale Zerstörung der roten Blutkörperchen. Die Krankheit kann angeboren oder erworben, primär und sekundär sein. Klinisch ist sie ausgezeichnet durch einen Ikterus ohne Dekoloration des Stuhlgangs, ohne Symptome der Gallenintoxikation, mit Urobilinurie, Splenomegalie und Anämie. Die hämolytische Herkunft dieses Ikterus wird bewiesen a) klinisch durch die verminderte Widerstandskraft der roten Blutkörperchen, durch den verminderten Hämoglobinersatz und durch die Menge von granulierten Blutkörperchen, b) anatomisch durch die ungeheure und diffuse Pigmentablagerung, die aus dem Blute stammt, und durch die Erythrophagozytose der Leber, der Milz und des Knochenmarks. Die Splenomegalie spielt nicht immer eine ganz passive Rolle; oft ist sie von derartiger Malignität, daß zur Splenektomie als einziges, aber auch wirksames Heilmittel geschritten werden muß.

A. Gunsett-Straßburg.

Erworbener hämolytischer Ikterus mit Hypocholesterinämie, von Oulmont und Boidin. (Presse méd., 1912, Nr. 50.) Eine 37jährige Kranke ist seit 12 Jahren von Ikterus befallen, welcher nach einem Wochenbett auftrat. Der Ikterus ist weder von Entfärbung der Fäzes, noch von Zeichen der Gallenintoxikation begleitet; die Milz ist groß, die Leber ebenfalls, aber nicht zirrhotisch. Das Allgemeinbefinden ist gut, die Wassermannsche Reaktion ist aber zweifelhaft, außerdem litt die Kranke drei Jahre vorher an Beingeschwüren, welche auf eine spezifische Behandlung heilten. Der ganze klinische Symptomenkomplex ließ schon an hämolytischen Ikterus denken; dies wurde durch die Blutuntersuchung bestätigt, denn die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen fand sich herabgesetzt, und ihre Auto-Agglutination war deutlich vorhanden. Außerdem konnte eine Verminderung des Cholesteringehalts des Blutes konstatiert werden, was beim hämolytischen Ikterus die Regel ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Über einen Fall von multiplen Verkalkungen des Unterhautzellgewebes syphilitischen Ursprungs, von G. Stradiotti-Florenz. (Policlinico, 1910, Nr. 6 u. 7.) Bei einem Manne, der früher an einem verdächtigen Ulkus gelitten, aber nie eine antisyphilitsche Behandlung durchgemacht hatte, stellten sich um das 44. Lebensjahr zugleich mit einer ausgesprochenen und vorzeitigen Arteriosklerose hintereinander eine leichte Form von Diabetes, ein Hautekzem und eine Lungentuberkulose ein. Allmählich kamen noch hinzu Symptome von Polyarthritis chronica, von leichter Neuritis, von Asphyxie der Extremitäten und Sklerodaktylie, und es entwickelten sich multiple Geschwülste, welche ausschließlich im subkutanen Bindegewebe saßen, an den verschiedensten Körperregionen zerstreut waren und langsam wuchsen. Bei mikroskopischer Betrachtung dieser Geschwülste fand sich, daß die Hauptveränderungen an den Gefäßen saßen. Deren Wandungen und besonders die Tunica interna waren im Zustande der Bindegewebshyperplasie. Viele Gefäße waren der Sitz von Thrombosen, während ihre Wandungen das Bild der hyalinen Degeneration boten. In der Umgebung derselben war eine mächtige Lymphozyteninfiltration mit reichlichen Plasmazellen. Die Septen des Fettgewebes zeigten ebenfalls eine Binde-

Digitized by Google

gewebshyperplasie mit hyaliner Degeneration, und da, wo diese am meisten vorgeschritten war, fanden sich mächtige Herde von Kalkinfiltration, welche vom elastischen Gewebe ihren Ausgang nahm.

Auf dem RÖNTGEN-Bilde zeigten diese Tumoren deutliche Schatten.

Hervorzuheben ist, daß auf eine Merkurialkur hin sowohl diese Tumoren, als die artikulären Störungen, ebenso die vasomotorischen Störungen und die Sklerodaktylie und sogar die Glykosurie heilten. A. Gunsett-Straßburg.

Über den Wanderungsweg des Schistosomum japonicum von der Haut bis zum Pfortadersystem und über die Körperinstitution der jüngsten Würmer zur Zeit der Hautinvasion, von YONEJI MIYAGAWA-Tokio. (Centralbl. f. Bakter., 1912, Bd. 66, H. 5/6.) Nachdem schon seit einigen Jahren feststeht, daß der Infektionsmodus des Schistosomum japonicum der kutane, nicht der orale ist, wußte man bis jetzt gar nichts über den Weg dieses Parasiten, den er von der Haut bis zum Pfortadersystem, dem gewöhnlichen Wohnsitze innerhalb des Wirtes, und über die Beschaffenheit der jüngsten Würmer zur Zeit der Hautinvasion, eine Lücke, welche Verfasser mit seinen Forschungsergebnissen auszufüllen glaubt. Die sogenannte Invasionsform des Schistomum ist länglich oval, 0,06 mm lang und 0,015—0,022 mm breit und mit verschiedenen primitiven Organen ausgestattet. Auch in der Haut von Versuchstieren fand M. dieselben Würmer vor. Die jüngsten Würmer dringen teils durch Vermittelung der Haarwurzeln, teils direkt durch die gesunde Haut ein und gelangen sowohl in Gewebslücken als auch sofort in Blutkapillaren. Von da aus werden sie weiter durch die größeren Venen bis ins Herz befördert, um von hier aus in den großen Kreislauf und zuletzt in das Pfortadersystem zu gelangen. Ob sie außerdem noch durch den Lymphweg befördert werden, war mit Sicherheit nicht festzustellen, dünkt M. aber immerhin wahrscheinlich. Bei Vergleichung der geschilderten jüngsten Würmer mit den aus den Eiern stammenden Mirazidien fand M. einen beträchtlichen Unterschied, weshalb ihm die Annahme höchst plausibel dünkt, daß das Schistosomum japonicum einen Zwischenwirt hat. Stern-München.

Mißbildungen.

Ein Fall von Ichtyosis congenita, von ALBRECHT MEYENBERG. (Diss., Berlin 1912.) Während die makroskopischen Bilder der Ichtyosis congenita-Fälle bei den meisten Verfassern große Ähnlichkeiten aufweisen, finden sich zahlreiche Variationen nach der mikroskopischen Seite hin. Die Abweichungen bei den verschiedenen Verfassern erstrecken sich auf folgende Punkte: Intensitätsschwankungen in der Dicke des Stratum corneum, Stratum MALPIGHII und Stratum reticulare. Am konstantesten ist die Verdickung der Hornhaut. Schwankungen im Vorhandensein von Lanugokleid, Talg- und Schweißdrüsen sowie Vernix caseosa-Bedeckung bei der Geburt. Verschiedenheiten im Verhalten der Talgdrüsen, die bald obliteriert sein sollen, bald wieder stets zur Oberfläche gelangen. Öfter sollen sich auch Zellreste und eingeschlossene Detritusmassen im Stratus corneum gefunden haben. Bei dem der Arbeit zugrunde liegenden Fall aus dem Charlottenburger Krankenhaus variiert die Hornhaut in der Dicke an allen Körperteilen. Sie hatte keine Einschlüsse oder versprengte Epithelien. Qualitativ scheint die Hornhaut hier ähnlich beschaffen zu sein wie die normale Hornhaut der Planta pedis et manus. Durch ungestümes Wachstum geht das Keratohyalin in das Eleidin und Pareleidin in ungeregelten Abgrenzungen ineinander über. Stratum lucidum und granulosum sind mit je einer Eigenschaft in einer Schicht vereinigt. Neben vielen Talgdrüsen finden sich in

Digitized by Google

der Körperhaut keine Haaranlagen. Die Talgdrüsenausführungsgänge sind in Hornzapfen eingeschlossen. Die Richtung derselben wird bedingt durch den Spannungszug des elastischen Gewebes am Grunde der Epidermisrisse. Die Talgdrüsen sind stark vermehrt. Keine Schweißdrüsen in der Körperhaut. Starke Seborrhöe bei der Geburt. Schweißdrüsen an der Planta manus et pedis vermehrt. Schleimhäute in der Nähe der äußeren Haut sind in allen Teilen hypertrophisch. Die Risse entstehen bereits intrauterin und verlaufen in der Richtung der Bindegewebszüge. Ätiologie für die Anomalie nicht eruierbar. Fritz Loeb-München.

Keratoma palmare et plantare hereditarium, von F. Torday-Budapest. (Gyógyászat, 1912, Nr. 28.) Für das Krankenbild ist charakteristisch, daß im Laufe des ersten Lebensjahres die Haut der Handoberfläche und der Sohle auffallend trocken, rauh ist, daß sich am Rande der Handfläche und der Sohle ein entzündeter Streifen entwickelt, von dem einwärts die Haut erst dick wird, dann anfängt zu verhornen, zu schuppen, rissig zu werden. Die Sprünge dringen oft bis zur Lederhaut und sind schmerzhaft. Es entstehen tiefe Furchen. Die verdickte Hornschicht ist anfangs bräunlich und wird von dem in den Sprüngen und Rissen sich angesammelten Schmutz und Staub grauer. Wenn die Hornhaut sich loslöst oder abgetrennt wird, erneuert sie sich immer in derselben Dicke. Die Ätiologie des Leidens ist unbekannt. Das Leiden vererbt sich. Die Therapie ist keratolytisch, aber nicht von dauernder Wirkung. Porosz-Budapest.

Keratoma palmare et plantare, von F. Torday-Budapest. (Budapester Ärzteverein, Sitzung vom 30. März 1912.) Auf der Hand, so auch auf der Sohle des sechsjährigen Knaben ist das charakteristische Keratoma zu sehen. Es besteht seit dem Säuglingsalter des Kindes. Porosz-Budapest.

Über das Sakraldermoid, von Josef Winkler-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Verfasser teilt in Kürze elf Krankengeschichten mit, aus denen hervorgeht, daß diese Mißbildungen relativ häufig sind, nur meist nicht diagnostiziert werden, obwohl die Diagnose wegen der charakteristischen Symptome der Sakraldermoide meist leicht ist. Die Sakralfisteln werden meist für Fisteln anderer Ätiologie angesehen. Die Therapie kann nach Verfasser nur in der radikalen Exzision bestehen. W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von angeborenem ausgedehntem Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn, von Carl Binsack. (Diss., Gießen 1912.) Ein in der geburtshilflichen Klinik zu Gießen geborenes Kind, das nur wenige Augenblicke gelebt und geatmet hatte, kam mit der Diagnose: „Frühgeburt; abnorme Pigmentierungen der Haut" zur Sektion. Diffuse dunkelbraune, leicht bläulich durchscheinende Färbung der Bauchhaut, welche an der vorderen Seite bis 4 cm über den ebenfalls stark pigmentierten Nabel heraufreicht, sich rechts ziemlich genau am unteren Rippenrand begrenzt, links auf die untere Fläche der Thoraxhaut übergreift und hier mit einer fast geraden 3,5 cm von der Mammilla entfernten, von rechts nach links verlaufenden Linie abschließt. Nach unten reicht diese diffuse Pigmentierung der Bauchhaut bis an den Mons veneris und schließt hier beiderseits ziemlich genau in der Inguinalfalte ab. Die Pigmentierung geht dann auf der linken Seite in Form eines 5 cm breiten Bandes auf die Rückenhaut über, bleibt oben nahezu in der gleichen Höhe wie vorne, überschreitet dann die Mittellinie ungefähr um 3 cm, begrenzt sich daselbst mit einer sehr unregelmäßig gezackten, aber scharfen Linie, geht mit einem 2 cm breiten Fortsatz, der sich nach unten mit einer scharfen, aber sehr unregelmäßigen Linie begrenzt, auf die linke Gefäßseite über und entsendet einen 1 cm breiten Fortsatz nach unten, der sich rechts, fast genau in der

Digitized by Google

Mittellinie, an den Dornfortsätzen der Lendenwirbel und des Kreuzbeins begrenzt bis zur normalen, offenen Afteröffnung. Der ziemlich gleichmäßig dunkelbraune Nävus der mäßig gespannten Bauchhaut umgreift also den Körper nicht kontinuierlich, sondern ist in der rechten hinteren Lumbalgegend unterbrochen; doch finden sich auch hier zahlreiche isolierte, scharf begrenzte, linsengroße bis 1,5 cm im Durchmesser haltende Pigmentflecken, von denen einige, sowohl kleinere als größere, wesentlich heller gefärbt sind. Abgesehen von diesem großen einheitlichen Nävus erkennt man nun über den ganzen Körper des Kindes zerstreut wechselnd große, ebenso dunkelbraune und auch etwas heller braune Pigmentflecke. Ganz frei von solchen ist eigentlich nur die Haut des Thorax vorne, die dem Thorax anliegenden Flächen der oberen Extremitäten, die linke Hand und der linke Fuß sowie die beiderseitigen Handflächen und Fußsohlen. An der Außenfläche der oberen Extremitäten finden sich je fünf bis sechs bis erbsengroße, in keiner Weise symmetrisch gelagerte Pigmentflecke, und in der Gegend des rechten Handgelenkes, sowie an der Grundphalange des rechten kleinen Fingers erkennt man je etwa einen erbsengroßen runden Nävus. An der Haut der Ober- und Unterschenkel sieht man verhältnismäßig große, auffallend dunkle Flecken, und der linke Unterschenkel wird von einem bis 2 cm hohen dunkel pigmentierten Band fast kontinuierlich umgriffen. An der Innenseite des rechten Fußes ist ein länglich ovaler, etwa bohnengroßer, ganz hellgeblicher, wie verwaschener Fleck zu erkennen. An der rechten Seite des Gesäßes finden sich große, sehr dunkle Flecken, die zum Teil zusammenfließen. Am Thorax hinten, besonders auch der rechten Seite, eine Anzahl sehr heller, wie verwaschener Flecken; dagegen findet sich am Hals nur auf der linken Seite ein größerer, etwas dunklerer Pigmentfleck. Die Haut des Gesichtes enthält verhältnismäßig wenig pigmentierte Stellen. Alle Pigmentflecken sowie auch der große Bauchdeckennävus zeichnen sich dadurch aus, daß sie flach sind, nirgends lokalisierte Verdickungen und Erhabenheiten aufweisen und nirgends stärker behaart sind; ferner sind die meisten kleinen nicht sehr scharf begrenzt, sondern gehen ganz allmählich, etwas heller werdend, in die normal gefärbte benachbarte Haut über. Auf dem Durchschnitt sind dieselben, auch der große Nävus, flach und auf die Kutis beschränkt. An Konjunktiven und sichtbaren Schleimhäuten nirgends Pigmentierungen erkennbar. Die Inguinaldrüsen beiderseits nicht vergrößert, aber deutlich bräunlich pigmentiert, teils in diffuser Weise, teils nur fleckig an einem Pol. In der gleichen Weise, nur heller, sind die Lymphdrüsen in der Umgebung der Arteria und Vena iliaca pigmentiert und einige der unteren retroperitonealen Lymphdrüsen. An der Außenfläche der linken Vena iliaca ein hanfkorngroßer, dunkelbraunschwarzer Fleck. Die übrigen Lymphdrüsen, insbesondere die der Axilla und des Halses, sind unpigmentiert. Nach Zurückschlagen des Balkens fällt sofort auf, daß an der inneren Seite der Sehhügel, ziemlich symmetrisch gelagert und gegen den dritten Ventrikel gerichtet, sich je ein etwa 1 cm im Durchmesser haltender dunkelschwarzbrauner Pigmentfleck findet; sie treten über das Ependym leicht höckerig hervor und zeigen eine wesentlich festere Konsistenz gegenüber der weichen Gehirnsubstanz. Auf dem Durchschnitt ist die weiche Substanz der Sehhügel ziemlich blutreich; die schwarze Pigmentierung der Oberfläche greift etwa 1,5 mm in die Substanz der Sehhügel hinein und begrenzt sich in derselben mit einer ganz verwaschenen, etwas gezackten Linie. Die Substanz der Streifenhügel ist ohne Pigmentablagerungen. Brücke und Medulla oblongata sind außen nicht pigmentiert. Auf einem Querschnitt durch die Brücke findet sich auf beiden Seiten, ganz symmetrisch gelagert, je ein linsengroßer, hellrauchgrauer

Digitized by Google

Pigmentfleck in der Tiefe. Irgend welche Beziehungen der Nävi zu den peripheren Nerven, insbesondere zu der Verlaufsrichtung der Hautnerven, war sicher nicht vorhanden. Auch die Nebennieren zeigten makroskopisch wenigstens durchaus normale Verhältnisse, so daß diese, besonders das chromaffine Gewebe derselben, in keiner Beziehung zu der Pigmentierung der Haut gestanden haben dürften. Andere Mißbildungen fanden sich in dem Kindeskörper nicht. Die normale, unpigmentierte Haut zeigte durchaus Verhältnisse, wie man sie an der Haut neugeborener Kinder findet. Die makroskopisch wechselnd pigmentierten Flecken enthalten auch eine dementsprechend verschiedene Menge von Pigmentzellen, während die Menge der Nävuszellhaufen annähernd die gleiche sein dürfte. Am stärksten pigmentiert findet sich die Haut aus der Mitte des Bauchdeckennävus, in der Nähe des Nabels, doch findet sich auch hier das Pigment auf die untersten Zellen des Rete Malpighi beschränkt, und auch in den Nävuszellhaufen sind nicht alle Zellen pigmentiert, sondern nur die peripher gelegenen und besonders die der Epidermis genäherten Abschnitte. Das in dem Gehirn gefundene Pigment entspricht in bezug auf die Farbe und Form durchaus dem in der Haut gefundenen. Das Pigment liegt, wie Schnittpräparate von den Pigmentflecken der Sehhügeloberfläche lehren, ganz oberflächlich und dringt nur ganz wenig in die Tiefe; dasselbe ist in ziemlich regelmäßigen Streifen angeordnet, die teils parallel zur Oberfläche, teils senkrecht zu derselben verlaufen. Bei stärkerer Vergrößerung zeigt es sich, daß das Pigment stets an Zellen gebunden ist. Diese sind entweder rund oder spindelförmig gestaltet; sie sind vollkommen erfüllt von ganz feinkörnigem Pigment, das den bläschenförmigen Kern vollkommen decken kann. Zum weitaus größten Teile ist das in den großen runden Zellen gelegene Pigment aber klumpig, körnig, so daß es den Eindruck macht, als seien diese Zellen abgestorben und das feinkörnige Pigment in denselben zusammengeschoben und verklumpt. Diese pigmentierten Zellen liegen nun fast ausschließlich in der unmittelbaren Umgebung von Blutgefäßen, scheiden diese auf das dichteste ein und liegen oft in mehreren Reihen um dieselben angeordnet. In den Inguinallymphdrüsen findet sich nicht sehr reichliches meist klumpiges, braungelbes Pigment, das ebenfalls in der Umgebung der Blutgefäße liegt und besonders an der Peripherie der Lymphknoten in den Lymphsinus zu liegen scheint. Auch hier liegt das Pigment in verhältnismäßig großen Zellen, die den Endothelzellen des Lymphsinus entsprechen dürften; das gleiche gilt für die iliakalen und retroperitonealen Lymphknoten.

Es handelt sich also um einen großen Bauchdeckennävus mit zahlreichen unsymmetrisch gelagerten Einzelnävi fast der ganzen Haut und um zum Teil wenigstens etwas symmetrisch gelagerte Pigmentflecke des Gehirns, sowie um partielle Pigmentierung der inguinalen und retroperitonealen Lymphdrüsen. Während es sich in bezug auf die letztere Pigmentierung wohl sicher um eine sekundäre Resorption vom Bauchdeckennävus aus und um Ablagerung des resorbierten Pigmentes in die regionären Lymphknoten handelt, wofür die Lagerung desselben an der Peripherie und in den Lymphsinus spricht, liegt für das Gehirn wohl eine primäre Pigmentierung vor, so daß die Pigmentierung der Haut und die des Gehirns gleichwertig sind. Neben der Pigmentierung der Haut durch massenhafte Neubildung von Chromatophoren in Form von Zellhaufen und -strängen im Korium und Einwanderung derselben in Epidermis ist es gleichzeitig zur Bildung von Chromatophoren im Gehirn gekommen, deren Entwicklung zu den Gefäßen oder Zellen in deren Umgebung in Beziehung steht. Ein großer Teil der um die Gefäße gelagerten Chromatophoren erscheint unentwickelt oder wahrscheinlicher abgestorben, wofür

Digitized by Google

die Verklumpung des Pigments nach Einziehung ihrer Fortsätze, der Pseudopodien, sprechen dürfte. Da weder Beziehungen zwischen den Pigmentablagerungen und den Nerven, noch solche zu dem chromaffinen System nachweisbar waren, so kann nur eine angeborene Mißbildung der Haut und des Zentralnervensystems angenommen werden, die aber vollkommen unabhängig voneinander, vielleicht aber auf Grund der gleichen Einwirkung entstanden sind. Verfasser hat in der Literatur nur einen analogen Fall von GRAHL gefunden, den er ausführlicher mitteilt.

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Naevus pigmentosus permagnus, von KREINA MALINIAK-SCHUCHMANN. (Diss., Zürich, 1912.) Der ausführlich geschilderte Fall unterscheidet sich von anderen Anomalien der Haut dieser Art durch seine ungewöhnliche Ausdehnung und reiche Varietät verschiedenster Nuancierungen seiner Pigmentierung im Zusammenhang mit partieller Hypertrophie (linkes Ohr 7 : 3½ cm, rechtes Ohr 5 : 2½ cm). Es handelt sich um einen fünfjährigen Knaben. Was die Therapie dieses Falles betrifft, so bietet er ein undankbares Objekt. Irgend welche chirurgische Eingriffe kämen höchstens im Gesicht in Frage; aber angesichts der großen Ausdehnung und des erheblichen Tiefenwachstums der Affektion sind sie wohl aussichtslos. Von irgend welcher Medikation ist nichts zu erwarten. Die Behandlung bestand in intensiven Bestrahlungen mit der KROMAYERschen Quarzlampe. Die dunkel pigmentierten Stellen im Gesicht haben sich zeitweise aufgehellt; wo helleres Pigment saß, zeigen sich nach und nach an einzelnen Stellen Hautpartien von annähernd normaler Farbe. Die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Die beigegebenen Abbildungen ersetzen eine eingehendere Beschreibung des lokalen Befundes. Fritz Loeb-München.

Naevus verrucosus pilaris mit Kohlensäureschnee behandelt, von DUBOIS-HAVENITH. (Journ. Bruxelles, 1912, S. 94.) Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von intrauterin geheilter Hasenscharte mit Naevus papillomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlußspalten, von MAX WOLFF. (Diss., Greifswald, 1912.) Schlußergebnis: 1. Bei intrauteriner Heilung fötaler Spalten handelt es sich nicht um eine Vernarbung, sondern um eine Verschmelzung. 2. Diese Verschmelzung kann in jedem fötalen Monat und sogar noch extrauterin stattfinden. 3. Fötale Spalten können die Ursache von Geschwulstbildungen werden. 4. Naevi linearis können im Verlauf von physiologisch zum Verschluß gekommenen Spalten ihren Sitz haben (Liniensystem der fötalen Schlußlinien). 5. Die operative Beseitigung dieser Nävi gibt gute Resultate. Fritz Loeb-München.

RÖNTGEN-Therapie der Naevi vasculares mit LINDEMANN-Röhren, von ALBERT WEIL. (Arch. d'électr. méd., 1912, Nr. 338.) Es wurden zwei Fälle behandelt: 1. Teleangiektasien, welche im Anschluß an ein durch gewöhnliche Radiotherapie sehr gebessertes Angiom zurückgeblieben waren. Heilung in einer Sitzung mit 5 H nach Erscheinen eines Erythems mit in zwei bis drei Wochen abheilender, äußerst oberflächlicher Ulzeration. 2. Naevus vascularis planus. Gleiche Therapie und gleicher Erfolg. Der Verfasser glaubt, daß diese Behandlung der Naevi vascularis sowohl der gewöhnlichen RÖNTGEN- als der Radiumtherapie überlegen ist.

A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von physiologischer Hypertrichosis in der Sakrolumbalgegend bei einer Frau, von MAX BERNARDEAU-Bordeaux. (Prov. méd., 1912, Nr. 33.) Nävi mit Hypertrichosen oder reine Hypertrichosen in der Sakrolumbalgegend war man lange geneigt, als ein Symptom einer Spina bifida occulta anzusehen; es gibt jedoch sicher Fälle, wo das nicht zutrifft, und man unterscheidet zwischen einer patho-

Digitized by Google

logischen Lumbosakralhypertrichosis (mit Spina bifida) und einer physiologischen ohne jede sonstige Abnormität bestehenden. Zu letzterer Kategorie gehört der vom Verfasser beschriebene Fall, in dem bei einer 62jährigen Frau gelegentlich ihres Hospitalaufenthalts wegen einer Apoplexie eine solche sakrolumbale Hypertrichosis in Rautenform gefunden wurde; die Haare waren ca. 16 cm lang, weil die Patientin dieselben immer, wenn sie diese Länge erreicht hatten, abzuschneiden pflegte. Die Affektion war kongenital und wurde von den Eltern darauf geschoben, daß die sonst gesunde Mutter während der Schwangerschaft auf einer Messe sich versehen hatte.

Verfasser benützt diesen Fall, um sehr zahlreiche Beispiele von solchen „Versehen" in etwas novellistischer Form zu schildern und kommt endlich zu dem Ergebnis, daß trotz der zahlreichen Fälle wir über den Mechanismus des Zustandekommens resp. über die Beziehungen zwischen schreckhaften Eindrücken der schwangeren Mutter und dem Körper des Kindes im Mutterleibe nichts wissen. Lasch-Breslau.

Ätiologie und Therapie der Hypertrichosis, von H. C. Baum-Syracuse, N. Y. (Journ. amer. med. assoc., 13. Juli 1912.) Verfasser hat mit der Elektrolyse gute Erfahrungen gemacht. Nach Abwaschen der Haut mit absolutem Alkohol wird die elektrolytische Nadel eingeführt. Ist die Epilation erfolgt, so führt Verfasser die Nadel in den gleichen Follikel nochmals ein bis zur Papille, um diese zu zerstören. Die Nadel ist an ihrer Spitze olivenförmig abgerundet; ihr Schaft ist möglichst dünn. Stärke des konstanten Stromes $^1/_3$—1 MA. Der durch den schwachen Strom bedingten längeren Dauer des Verfahrens stehen Schmerzlosigkeit und bessere Resultate (keine Narben) gegenüber. Nach Verfassers Ansicht kommt Hypertrichosis häufig vor bei sexuell abstinenten Frauen. Außerdem können Lageveränderungen des Uterus, Stoffwechselerkrankungen (Indikanurie), Diabetes ätiologisch in Betracht kommen. Überarbeitete ledige Lehrerinnen liefern einen großen Prozentsatz. Werden die Lebensbedingungen günstiger, so tritt in manchen Fällen spontan Besserung oder sogar Heilung ein. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung von Hypertrichosis mittels Röntgen-Strahlen, von A. F. Savill-London. (Lancet, 24. Aug. 1912.) Bei einem jungen Mädchen behandelte S. eine ausgiebige, teils flaumartige, teils kräftigere Entwickelung von Haaren an Kinn und den Wangen im Jahre 1910 erfolgreich durch einige Röntgenbestrahlungen. An den bestrahlten Stellen fanden sich aber bei der im März d. J. ausgeführten Kontrolle einige kleine Teleangiektasien, welche sich im Laufe der letzten 4 Monate noch erheblich ausgedehnt haben. S. rät dringend zu Vorsicht bei dieser Methode. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von Hypertrichosis mit Röntgen-Strahlen, von A. E. Rayner-Preston. (Brit. med. Journ., 31. Aug. 1912.) In der elektrotherapeutischen Abteilung der Jahresversammlung der British Medical Association demonstrierte R. drei Patientinnen, welche er wegen Hirsuties faciei mit befriedigendem Resultate mit Röntgenstrahlen behandelt hat. Allerdings ist die Behandlung bei dem einen Fall noch nicht ganz abgeschlossen und bei den zwei anderen erst vor relativ kurzer Zeit. Als ungünstige Nebenwirkung ist bei der einen Patientin eine kleine Teleangiektasie an der Lippe entstanden. Verfasser verwendet Tuben von 6—7 Zoll mit einem Strom von 1—2 MA. und einen Simonschen elektrolytischen Unterbrecher mit einer 12zölligen Newtonschen verstärkten Rolle. Die Anode wird bis auf 15 cm der Haut genähert, und es werden Aluminiumblenden von mindestens 0,5 mm Dicke verwendet. Die Dauer der Sitzung bis zur Entfärbung der Sabouraudschen Pastille dauerte 7—8 Minuten. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Männlicher Geschlechtsapparat, von M. Simmonds-Hamburg. (Spez. path. Anatomie, 1911, Bd. 2. 38 Figuren im Text.) Die Anatomie und Pathologie des männlichen Geschlechtsapparates, mit zahlreichen (Abbildungen) makroskopischen und mikroskopischen Abbildungen; diese Abhandlung verdient ein eingehendes Studium. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von kongenitaler Anomalie des Urogenitalapparates, von Giovanni Castiglioni-Mailand. (Lo Sperimentale, Bd. 66, Nr. 5.) Es handelt sich um einen Fall von Pseudohermaphroditismus femininus, bei welchem das Corpus genitale (Ovarium) vollständig fehlt. Zugleich fand sich ein Myom im Uterus. A. Gunsett-Straßburg.

Der genito-suprarenale Symptomenkomplex, von A. Gallais. (Thèse, Paris 1912.) In dieser durch viele Krankengeschichten und pathologisch-anatomische Untersuchungen reich illustrierten Studie weist der Verfasser nach, daß ein enger Zusammenhang zwischen manchen Veränderungen der Nebennierenrinde (Hypertrophie und Atrophie) und Störungen der Entwicklung der Sexualcharaktere (Pseudohermaphroditismus) besteht. A. Gunsett-Straßburg.

Die Neurasthenie des Urinapparates, von Felix Marsan. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Unter diese Krankheitsgruppe rubriziert M. folgende Erkrankungen: 1. die neuropathische Dysurie; 2. die psychopathische Pollakiurie; 3. die Retention und 4. die Inkontinenz nervösen Ursprungs. Von sensibeln Störungen erwähnt er die essentielle Zystalgie und die Neuralgie des Nervus pudendus internus. Bei manchen Kranken findet sich eine minimale Läsion der Urethra oder Prostata, welche in keinem Verhältnis zu den subjektiven Symptomen steht und welche nicht zulange behandelt werden darf. A. Gunsett-Straßburg.

Die Bedeutung der Organe mit innerer Sekretion für sexualpsychologische und -pathologische Fragestellungen, von Arno Ed. Lampe und Eduard Strauss. (Sexual-Probleme, August 1912.) Die Verfasser skizzieren den Zusammenhang der zwischen der Organvierzahl: Keimdrüsen, Schilddrüse, Thymus und Hypophyse zu bestehen scheint, indem Erkrankungen der Thyreoidea, des Thymus und der Hypophyse, die mit einer Hyper-, Hypo-, Dys- oder A-Funktion dieser Drüsen einhergehen, gleichzeitig 1. Störungen psychischer Art, und 2. Veränderungen der Keimdrüsen zeigen. Der Zusammenhang, besonders für den Thymus scheint den Verfassern so bewiesen, daß sie von einem sicher bestehenden Antagonismus zwischen Thymus und Keimdrüsen sprechen. Sie glauben an die Möglichkeit, daß bei dem von ihnen angenommenen, innigen Konnex zwischen der Trias (Schilddrüse, Thymus, Hypophyse) und den Keimdrüsen eventuell bei einem Ausfall der letzteren, die drei anderen innersekretorischen Organe vikariierend eintreten können, und vielleicht für die sexuelle Aktivität wenn auch keinen „volltönenden Akkord, so doch sexoide Töne" hervorzubringen vermöchten, und daß vielleicht Störungen in den regulatorischen Beziehungen der betreffenden Organe zueinander, zu Perversitäten führen können. Lasch-Breslau.

Eosinophilie der Harnwege im Verlauf von Asthma bronchiale nebst einem Beitrag zur Färbemethodik der Harnsedimente, von A. Edelmann und L. Karpel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 27.) Die Färbemethoden der Harnsedimente tragen nach der Ansicht der Verfasser zu wenig der fast immer sauren Reaktion des Urins Rechnung. Sie haben daher den frischen Urin mit doppelkohlensaurem

Digitized by Google

Natrium bis zu schwach alkalischer Reaktion versetzt. Dadurch sei ein gleichmäßigeres Reagieren, eine gleichmäßigere Färbbarkeit der in ihrem Aziditätsgrade individuell so sehr variierenden Sedimente garantiert, andererseits die störende Niederschlagsbildung hintangehalten. Sie haben dann mit EHRLICHschem Triazid gefärbt, aber auch mit anderen, in der Hämatologie viel gebrauchten Farbstoffen gute Resultate erzielt. Bei allen Methoden, die auf dem ROMANOWSKYschen Prinzip beruhen, darf der Harn nicht bis zur alkalischen Reaktion versetzt werden, hier muß er neutral sein.

Die Verfasser haben in vier Fällen von Asthma bronchiale während des Anfalles eine leichte Trübung des Harnes beobachtet, die durch Anhäufung von weißen Blutzellen zustande kam, unter denen die eosinophilen Zellen stark vertreten waren, bis zu 30%. Es sei dies ein Beweis, daß das Asthma bronchiale eine konstitutionelle Anomalie sei, die sich in neuropathischer Reizbarkeit und Neigung zu exsudativen Vorgängen äußere. O. Junghanns-Dresden.

Die Fernresultate der Operationen der Genitaltuberkulose, von M. LANCE. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 56.) Der Verfasser vergleicht die Fernresultate der Kastration und der Epididymektomie und kommt zu dem Resultat, daß erstere keinen Vorteil vor letzterer hat. Die Fisteln und der Übergang auf die gesunde Seite sind ebenso häufig bei der Kastration, welch letztere auch in keiner Weise etwaige Prostataläsionen schneller zum Schwinden bringt als die Epididymektomie. Da ferner der Hoden als Drüse mit interner Sekretion von entschiedener Bedeutung für den Organismus ist, so soll man denselben nur opfern, wenn ganz ausgedehnte tuberkulöse Läsionen seine selbst partielle Erhaltung unmöglich machen. Auf den Gang der allgemeinen Tuberkulose sind diese Operationen eher von günstigem Einfluß, da sie einen virulenten Herd entfernen. Leider können sie nicht verhindern, daß in kurzer Zeit der zweite Hoden befallen wird. Man hat deshalb vorgeschlagen, in jedem Falle von Epididymektomie einer Seite zugleich den Nebenhoden der anderen Seite oder wenigstens ein Stück des Vas deferens zu resezieren.

A. Gunsett-Straßburg.

Aufsteigende Infektion der Harnwege bei frisch verheirateten Frauen (Kohabitationszystitis und -pyelitis), von SIPPEL-Frankfurt. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) Verfasser beschuldigt nicht die Hymenalrisse für das Zustandekommen dieser Infektion, sondern einen abnorm hohen Damm und andere Momente, infolgedessen der Infektionsstoff vom Penis in die Harnröhre hineinmassiert wird. Die Frau muß den Eingang zur Vagina durch Hebung des Beckens dem Penis entgegenbringen. Dadurch wird das Hineinmassieren in die Harnröhre vermieden.

Werther-Dresden.

Ein Fortbildungsvortrag über Infektion des Urintraktus durch Bacillus coli, von L. G. J. MACKEY-Birmingham. (Brit. med. Journ., 4. Mai 1912.) Das Material für seine Beobachtungen hat Verfasser an 53 Fällen, welche er im Laufe der letzten drei Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, geschöpft. Dabei ist zu konstatieren, daß bei manchen Patienten das Vorhandensein von anderen Bakterienarten, abgesehen von dem B. coli communis, wie Bacillus acidi lactici, B. neapolitanus, B. Friedländeri, B. cloacae oder B. lactis aërogenes offenbar das schädigende Moment bildete. Die Behandlung mit Vakzinen erwies sich namentlich bei den akuten Erscheinungen nützlich, weniger bei chronischen Fällen, obgleich auch bei diesen eine gewisse Wirkung nicht zu leugnen war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Urologie, von H. HOFFMANN. (Centralbl. f. Röntgenstrahlen, Radium usw., 1911, Heft 1 und 2.) Der Verfasser behandelt kurz die diagnostische Anwendung der Röntgenstrahlen bei Nieren-, Ureter- und Blasensteinen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Bedeutung der Vakzinetherapie für die Urologie, von REITER-Königsberg. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Die Vakzinetherapie blennorrhoischer Komplikationen ist in 75 % der Fälle von Erfolg begleitet.

Bei andersartigen Erkrankungen des Urogenitalapparats empfiehlt sich eine zweckmäßige Kombination mit den bisherigen therapeutischen Maßnahmen. In 60 % eine erhebliche Abkürzung der Krankheitsdauer, daher ist die Vakzinebehandlung bei allen lokalisierten Infektionen nach Möglichkeit anzuwenden. Die Vakzinetherapie kann unter Umständen chirurgische Eingriffe verzögern bzw. umgehen. Selten günstige Beeinflussung der Urethritis blennorrhoica acuta. Vakzineinjektion zu diagnostischen Zwecken sehr wertvoll (Heiratskonsens).

Die besten Erfolge zeitigt die Behandlung mit Eigenvakzine, eine solche ist unbedingt nötig bei Koliinfektion. Ist die Beschaffung eines Eigenvakzins nicht möglich bzw. mit großen Schwierigkeiten verknüpft (Arthritis blenn., Epididymitis usw.), oder ist die sofortige Injektion indiziert, so ist der Gebrauch polyvalenter Vakzine gerechtfertigt.

Die Immunisierung soll zunächst mit kleinen Dosen unter Vermeidung einer Herdreaktion begonnen werden (bei blennorrhoischen Infektionen 0,5 ccm Gonokokkenvakzin nach WRIGHT, 1 ccm = 5 Millionen Gonokokken), und erst später, nachdem man sich in jedem einzelnen Fall überzeugt hat, daß eine geringe Herdreaktion die Wirkung der subkutanen Vakzinezufuhr unterstützt, soll vorsichtig mit den Dosen gestiegen werden, jedoch ohne daß sich eine längere negative Phase einstellt. (Bei blennorrhoischen Infektionen 0,3 ccm Gonokokkenvakzin A—10 nach REITER, 1 ccm = 50 Millionen Gonokokken.) Besteht über den Stand der Infektion Unklarheit, so ist die serologische Untersuchung anzustellen.

Jedes Schematisieren ist als mit dem Wesen der Vakzinetherapie nicht vereinbar absolut unzulässig.

Alle Dosen sind so zu bemessen, daß die negative Phase nicht länger als 24 Stunden dauert, hält sie länger an, so war die Dosis zu groß. Eine Steigerung der Dosis macht sich nötig, wenn die Wirkung der vorhergegangenen zu gering gewesen ist.

Die Wiederholung der Injektion hat im allgemeinen nicht vor dem fünften Tag zu erfolgen. Je größer die Injektionsdosis ist, desto größer muß das Zeitintervall sein. Kobligh-Dresden.

Zur „diätetischen" Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter, von HUGO NOTHMANN-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Statt der bei den eitrigen Erkrankungen der Harnwege von Säuglingen neuerdings oft mit gutem Erfolge angewendeten Alkalibehandlung empfiehlt Verfasser, falls sonst keine Indikationen dagegen bestehen, Ernährung mit einer Malzsuppe nach KELLER, die Alkaleszenz des Urins hervorrufe und daher schnell günstig auf solche eitrige Harnerkrankungen einwirke. H. Lautsch-Graudenz.

Über Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin), von K. SEEGERS-Uchtspringe. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Die Erprobung des Mittels wurde bei chronischen Blasenkatarrhen, Blasenlähmungen und chronischer Nierenentzündung vorgenommen. Bald eintretende subjektive Besserungen wurden auch objektiv durch Klärung des Urins erkennbar. Eine wesentliche Über-

Digitized by Google

legenheit des Mittels vor anderen Blasenantiseptika geht aus der Arbeit nicht hervor. H. Lautsch-Graudenz.

Über Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum, von S. Boss-Straßburg i. E. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Hexal ist aus einem Molekül Sulfosalizylsäure und einem Molekül Hexamethylentetramin zusammengesetzt, wird in Tabletten a 0,5 (Chemische Fabrik Riedel in Berlin) in den Handel gebracht und bis 3—4 mal täglich 1 g dosiert. Seine Vorzüge sollen sein: 1. starke sedative Wirkung, 2. energisch bakterizid, 3. deutlich adstringierend (Eiweißfällung der Sulfogruppe), 4. angenehmer Geschmack. V. Caesar-Dresden.

Über die Einwirkung des Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin) auf die Infektion der Harnwege, von E. R. W. Frank-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Das von der Firma J. D. Riedel A. G. hergestellte Präparat wird als eine gut kristallisierende, einheitliche, reine und beständige Verbindung geschildert, welche in Wasser sich leicht löst, einen angenehmen, etwas säuerlichen, herben Geschmack besitzt und frei von unangenehmen Nebenwirkungen auf den Organismus zu sein scheint. Bei Versuchen mit Dosen von 3—6 g pro die in Form von Pulvern oder Tabletten, an einem Beobachtungsmaterial von etwa 80 Fällen, fand Verfasser das Mittel außerordentlich wirksam als Urindesinfiziens und für die Beseitigung von Reizzuständen in der Blase. Auch auf die Nieren wurde damit verschiedentlich eine sehr günstige Einwirkung erzielt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

a. Penis, Urethra, Blase.

Zystoskopische Irrtümer, von Franz Weiss. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 40.) Außergewöhnlich große Tumoren und Steine können die Blase so sehr ausfüllen, daß man sie schwer untersuchen kann. Sehr oft legen sich in den Blasenraum frei hineinragende Tumorteile unmittelbar auf das Prisma und die Lampe und verdunkeln den inneren Gesichtsraum. Solche Fälle können mit dem Irrigationszystoskop untersucht werden. Bei erfolgreicher Zystoskopie kann man schon jetzt die Bilder leicht sehen, aber sehr oft ist es schwer, sie richtig zu deuten. Und das ist hauptsächlich in Fällen von Blutungen der Fall, namentlich wenn sich Zystitis dazugesellt hat. In Fällen von Blasenblutungen ohne Zystitis ist das einzig richtige Vorgehen, die Untersuchung zu verschieben und abzuwarten, bis die Blutung aufhört, so schwer es auch sämtlichen Teilnehmern fällt. Wenn man bei Blutungen untersuchen muß, müssen mit dem doppelten Irrigationszystoskop Versuche gemacht werden: während der Untersuchende seine Aufmerksamkeit auf die zweifelhafte Stelle lenkt, spült der Assistent die Blase. Bei stärkeren Blutungen nützt auch das nicht viel. Im Falle eines die Blasenwand infiltrierenden Tumors, der sich über das Niveau der gedunsenen Schleimhaut kaum erhebt, ist eine zystoskopische Diagnose kaum möglich. Verfasser sah ein Blutkoagulum, das durch das Hypernephrom der Niere hervorgerufen war, als Blasentumor an. Wenn das Blutkoagulum lange Zeit im Urin liegt, werden die Blutfarbstoffe ausgelaugt und es wird gräulichgelb, hautfarbig. Auch die Konsistenz steigt mit der Zeit. Es kam schon der Fall vor, daß man Blasentumoren nicht nur bei der Untersuchung mit der Sonde und dem Zystoskop, sondern auch mit freiem Auge als Steine angesehen hat, weil sie von Phosphorsalzen inkrustiert waren. Auch Steine und Fremdkörper können der Aufmerksamkeit entgehen, wenn sie in dem Divertikulum oder in einem tiefen Divertikulum der Blase liegen, was in Fällen von Prostatahypertrophie vorzukommen pflegt. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Eine zur Zystoskopie verbesserte Blasenspritze, von EUGEN JOSEPH-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Verfasser hat von der Firma Löwenstein eine Blasenspritze konstruieren lassen, bei der das Füllen der entleerten Spritze vor sich geht, ohne sie vom Katheter abnehmen zu müssen. Es geschieht das durch ein den Kolben durchdringendes Rohr, das zum Füllgefäß führt und abwechselnd mit dem Katheter durch einen Zahn verschlossen werden kann.

H. Lautsch-Graudenz.

Instrument zum aseptischen Katheterismus, von RUDOLF ROOSEN. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 41.) Um die Berührung des Katheters mit der eventuell infizierten Urethralwand zu vermeiden, soll der Katheter über einer Hülle eingeführt werden, welche aus der zentralen Öffnung des Katheters sich zwischen Katheter und Harnröhrenwand legt. Die Idee des Instruments, das noch nicht konstruiert ist, dürfte wohl besser Idee bleiben. H. Lautsch-Graudenz.

Zur Morphogenese des Phallus, von HENNEBERG. (Anat. Anzgr., Erg.-H. z. Bd. 41.) Über die Entstehung des Präputiums bestehen zwei Anschauungen. Nach der einen wächst vom Eichelhalse her eine Hautfalte über die Eichel empor, die sich durch eine sekundäre Epithelplatte mit letzterer in Verbindung setzt. Nach der anderen senkt sich vom Phallusgipfel die Glandarlamelle in die Eichel ein, ihre zentralen Zellen gehen zugrunde und dadurch wird die Vorhaut von der Eichel abgespalten. Verfasser hat nun männliche und weibliche Rattenembryonen in verschiedenen aufeinanderfolgenden Stadien auf diese Verhältnisse hin untersucht, indem er Schnitte parallel dem Dorsum des Phallus anlegte. Er kommt zu dem Schlusse, daß das Präputium durch die um die Glans apikalwärts wachsende Fortsetzung der Schafthaut gebildet wird. Die Glandarlamelle wächst ebenfalls apikalwärts. Die Vorhaut wird also nicht von der Eichel abgespalten.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pruritis der Glans. Sekundäre, mehrere Jahre durch lokale Orthoformapplikationen unterhaltene Läsionen, welche nach Weglassen des Mittels heilten, von DUBOIS-HAVENITH. (Policlinique, 1912, Nr. 9.) (Journ. de Bruxelles, 1912, Nr. 24.) Bei einem neuropathisch veranlagten Patienten hatte sich im Anschluß an einen schwer heilenden Herpes genitalis ein pruriginöser Zustand der Glans entwickelt, den er mit Orthoform-Kokain-Talkpuder behandelte. Unter dieser Behandlung bildete sich eine Balanitis mit starker Schwellung der Vorhaut, welche durch die immer wiederholte Orthoformanwendung immer mehr an Ausdehnung zunahm und erst nach Weglassen des Mittels heilte. A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Phimosis beim Kind, von P. GRISEL. (Monde méd., 1911, S. 433.) Eine alle Details sorgfältig berücksichtigende Schilderung der Dilatation (nur mit den Fingern, nicht mit Instrumenten, also nicht gewaltsam zu machen!), der Zirkumzision und der partiellen Vorhautverkürzung. Zur Vermeidung von Ödem in der Nahtlinie wird sorgfältige Anpassung der Hautlappen bei der Naht empfohlen. Nicht Bindegewebe mit der Nadel mitfassen! Exakte Schnittführung ist nötig, besonders an der Unterfläche der Eichel, wo kein langer Lappen stehenbleiben darf, und bei der Abtragung des kurzen Frenulums. Nach der Naht nur pudern! Festsitzender Verband, weil unter diesem leicht Infektion eintritt, ist zu lassen.

Werther-Dresden.

Über Phimose und Hydrozele im Säuglingsalter, von J. PEISER-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Chirurgische Eingriffe bei Phimose und Hydrozele der Säuglinge sind nach den Beobachtungen der Säuglingsklinik in Berlin meistens überflüssig. In gewissem Grade besteht bei allen Säuglingen eine Phimose,

Digitized by Google

die sich beim Heranwachsen ausgleicht. Die von den Müttern auf eine Phimose zurückgeführten Miktionsbeschwerden der Säuglinge beruhen gewöhnlich auf anderen Ursachen, namentlich Darmstörungen. Chirurgische Eingriffe sind höchst selten indiziert. Noch seltener oder gar nicht aber kommen sie in Frage bei den Hydrozelen, die bei Säuglingen spontan, und zwar nach 34 Beobachtungen im ersten, längstens im zweiten Jahre ausheilen. H. Lautsch-Graudenz.

Eine einfache Form der Phimosenoperation, von F. Galland. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) In einer kurzen Notiz bemerkt G., daß er mit Erfolg den Schnitt durch das äußere und innere Blatt der Vorhaut so kurz macht, daß beide Blätter gerade noch über die Eichel zurückgestreift werden können; dieselben werden dann wieder vorgezogen und durch je eine seitlich und eine im Wundwinkel angelegte Naht vereinigt. Repositionsversuche werden erst nach dem Vergehen des Ödems vorgenommen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Phimosenoperation, von K. Buedinger. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Das Vorgehen des Verfassers ist nur an der Hand der Abbildungen leicht verständlich. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage über die Ansteckung an Tuberkulose jüdischer Kinder während der Beschneidung, von Arluck und Winoconroff-Odessa. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 22, Heft 3, S. 343.) Verfasser berichten über einen neuen Fall aus der ländlichen Umgebung Odessas. Das Blut wurde bei der rituellen Beschneidung von einem hüstelnden Gast ausgesaugt. Nach zwei Wochen traten Rötung und Schwellung, nach vier Wochen Geschwür und Leistendrüsenschwellung auf. Nach 5½ Monaten starb das Kind an miliarer Tuberkulose im Krankenhaus. Die Lymphdrüsen zeigten sich alle ergriffen, am wenigsten die peribronchialen. Die Lungen zeigten nur wenige miliare Knötchen, dagegen waren im Darm tuberkulöse Geschwüre zu sehen. Verfasser nehmen eine Ausbreitung auf dem Lymphwege, nicht auf dem Blutwege an. Bei hämatogener Verbreitung würden die Lungen als erster Filter mehr befallen sein. Und weiter nehmen sie an, daß der Darm von den Mesenterialdrüsen auf retrogradem Lymphweg in Mitleidenschaft gezogen worden ist.

Die Vornahme der Beschneidung nach hygienischen Grundsätzen ist dringendes Kulturfordernis. Werther-Dresden.

Artefizielle Hypospadie als Mittel gegen unpassierbare Harnröhrenstriktur, von R. Hamilton Russell. (Austral. med. Journ., 23. Dez. 1911.) Bei einem Mann von 44 Jahren, der mit vollkommener Harnretention und beginnenden urämischen Symptomen ins Hospital aufgenommen wurde, nahm Verfasser folgende Operation vor: Das Skrotum wurde in der Mittellinie der ganzen Länge nach auf geschnitten, bis das Corpus spongiosum frei lag; jede Hälfte des Skrotums wurde dann für sich vernäht, so daß jeder Hoden in einem besonderen Beutel lag; dann wurde die Urethra eröffnet hinter der verengten Stelle der Harnröhre, und der Einschnitt in seiner ganzen Länge auf beiden Seiten mit der äußeren Haut vernäht, also eine perineo-skrotale Hypospadie geschaffen. Auf diese Weise bleibt Penis und Glans frei und beweglich, wenn auch der Patient, der genötigt ist, nach Frauenart Harn zu lassen, zeugungsunfähig bleibt. Verfasser hält diese Nachteile für bedeutungslos, da es sich meist um Männer in der zweiten Hälfte des Lebens handeln wird. Er hat darum den Eingriff in einem zweiten Fall mit gutem Erfolg wiederholt und empfiehlt, ihn in geeigneten Fällen zur Anwendung zu bringen.

W. Lehmann-Stettin.

Hypospadie — ein ungewöhnlicher Fall von Gangrän, von J. G. McDougall-Kinlochleven. (Brit. med. Journ., 24. Aug. 1912.) Es handelte sich um einen

Digitized by Google

45jährigen Maler mit Hypospadie, bei dem sich vom Penis aus eine akut sich auf die Bauchdecken ausdehnende und in 5 Tagen tödlich endende Gangrän entwickelte. Philippi-Bad Salzschlirf.

Leukoplakia penis mit karzinomatöser Umwandlung, von K. Iwasaki-Tokio. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 119, Nr. 1 und 2.) Fall eines 46jährigen Mannes. Im ganzen Bereich der Glans und des Präputiums sehr starke Epithelverdickung, und zwar Hyperplasie des Stratum mucosum von wechselnder Stärke, Unregelmäßigkeiten in der Bildung des Stratum granulosum oder vollständiges Fehlen dieses, enorme Hyperkeratose und Parakeratose, Verlängerung der Papillen, ferner ausgedehnte subepitheliale kleinzellige Infiltration, geringe atrophische Prozesse in der Kutis, tieferes Vordringen von Epithelzapfen in der Gegend des Präputialrandes und der Koronarfurche; atypischer Bau dieser Epithelzapfen (abnorme Verhornung, Bildung von Epithelperlen). Schourp-Danzig.

Lipom des Skrotums, von Lavoipierre. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1072.) Der Kranke, ein Landmann, bemerkte vor 2 Jahren die Entwicklung eines Knotens an der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Dieser wuchs bis zu Kindskopfgröße und befiel das Skrotum, in dem er enthalten ist. Der Tumor wurde abgetragen und ohne Verbindung mit dem Samenstrang oder Hoden gefunden. Er erwies sich als ein Lipom. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein modifiziertes Goldschmidtsches Instrument zur Untersuchung und Behandlung der vorderen Harnröhre, von A. Schlenska-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Das wesentliche ist die Verlegung der Lichtquelle nach hinten in Gestalt einer kleinen Valentin-Lampe in das Goldschmidtsche Anteriorinstrument. Die weiteren Modifikationen, die im Original nachgelesen werden müssen, machen das Instrument anscheinend gut geeignet für Behandlungen der vorderen Urethra. H. Lautsch-Graudenz.

Infektion einer akzessorischen Urethra, von Jeanbrau und Jourdan. (Montpellier méd., 28. Jan. 1912.) Es handelte sich um eine am Frenulum praeputii in mikroskopisch kleiner Öffnung mündende akzessorische Urethra, welche zur Heilung einer blennorrhoischen Infektion ganz extirpiert werden mußte. Dieselbe war 6 cm lang, lag unter der normalen Urethra und hatte dieselbe mikroskopische Struktur wie diese, ein Corpus cavernosum und einen Bulbus. Sie endigte hinten blind, ohne mit der richtigen Urethra in Zusammenhang zu stehen.
A. Gunsett-Straßburg.

Ersatz eines Harnröhrendefektes durch die Vena saphena, von Richard Mühsam-Berlin-Moabit. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.) Nachdem Verfasser die mit mehr oder weniger gutem Erfolg angewandten plastischen Operationen bei Harnröhrendefekten zusammengestellt hat, schildert er an der Hand einer Krankengeschichte einen von ihm operierten Fall, in dem ein zum Ersatz eines blennorrhoischen Harnröhrendefektes (6 cm lang) eingesetztes Stück der Vena saphena primär ohne jede Fistelbildung einheilte und funktionsfähig blieb. Bei solchen Operationen ist es notwendig, beide Venenenden mit den Harnröhrenenden durch exakte Naht zu vereinigen, einen Dauerkatheter für einige Zeit einzulegen und den Urin anfangs durch suprapubische Fistel abzuleiten. Die Nahtstellen müssen durch gelegentliche Biegungen weit gehalten werden, da sie Sitz neuer Strikturen werden können. Maximilian Franz-Dresden.

Das primäre Epitheliom der Urethra des Mannes, von Giuseppe Romano. (Riforma med., 1912, Nr. 35.) Kasuistischer Beitrag mit genauem mikroskopischem Befund. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Über die traumatischen Läsionen der Urethra des Mannes aus äußerer Ursache und ihre Behandlung, von PIETRO CHIRONI FU GIOVANNI. (Giorn. internaz. d. scien. med., 1911, Nr. 24.) Der Verfasser behandelt in ausführlicher Weise die durch Verletzung mit scharfen Instrumenten, durch Kontusion oder Ruptur der Wände und durch Schußwunden erzeugten Verletzungen der Harnröhre.

A. Gunsett-Straßburg.

Die traumatischen Rupturen der Urethra. Ihre Bewertung bei Unfällen, von LÉON IMBERT. (Presse méd., 1912, Nr. 57.) Der Verfasser schlägt folgende Zahlen als auszuzahlende Unfallrente vor:

1. Infizierte Kranke mit a) Niereninfektion 80—100%; b) Blaseninfektion 60—70%. Diese Zahl ist natürlich nur beizubehalten, wenn die Blaseninfektion jeder Behandlung trotzt.

2. Nicht infizierte Kranke a) mit Fistel und infiltriertem Perineum 60—70%. Diese Zahl kann allerdings verbessert werden, wenn sich die Kranken operieren lassen; b) ohne Fistel, aber mit starker Tendenz zu schnellem Rezidiv 40—50%; c) die leichteren Fälle 10—40%. A. Gunsett-Straßburg.

Prognose und Behandlung der Rupturen der Urethra, von DENIS. (Journ. méd. Bruxelles, 1912, Nr. 26.) Bei den traumatischen Rupturen kommt es für die Diagnose auf die Schädigung des Gewebes und auf die Infektion an. Deshalb soll man nicht gleich nähen. Die beste, Strikturen vermeidende Methode ist die perineale Urethrostomie, der nach einigen Monaten Autoplastik und Dilatation folgt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Verätzung der Harnröhre mit Höllenstein, gefolgt von komplettem Abguß der Harnröhre, von VICTOR COX PEDERSEN-New York. (New York med. Journ., 25. Mai 1912.) Der 28jährige Patient bekam irrtümlicherweise beim Drogisten statt eines Harnröhrenstäbchens ein Stück reinen Höllensteins, das er in die Harnröhre einführte; bald folgten fürchterliche Schmerzen und Bewußtseinsverlust, der Penis schwoll um das Doppelte seiner Größe an, Ausfluß stellte sich ein und nach 4 Tagen ging aus der Harnröhre ein 5 Zoll langer, fast vollständiger Abguß der Harnröhre ab. Trotz der tiefgehenden Veränderungen derselben (Striktur von 23° F) und obwohl die ersten 4 oder 5 Zoll in eine feste Narbenmasse verwandelt waren, erholte sich Patient relativ rasch und hatte späterhin verhältnismäßig geringgradige (Obstruktions-)Beschwerden. Stern-München.

Wert der elektrolytischen Detersion und die Rolle, welche dieselbe bei chronischen Harnröhrenentzündungen spielt, von E. RONCAYROL-Paris. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Die elektrolytische Detersion vermag die Empfindlichkeit der Harnröhre rasch zu beseitigen und die erkrankten Glandulae urethrales zu reinigen; die weiche Infiltration wird aufgesaugt und die für die einfachen Dehnungen unüberwindliche Striktur geschmeidig gemacht; die Methode verkürzt die Behandlungszeit von chronischen Harnröhrenentzündungen bedeutend.

Das vom Verfasser zur elektrolytischen Detersion konstruierte Instrument hat schraubenartige Vorsprünge zur Anpressung an die Glandulae urethrales und eine Einfalzung zur Herausbeförderung der Ausspülungsflüssigkeit, da nach Unterbrechung des elektrischen Stromes eine Ausspülung der Harnröhre vorgenommen wird. Schourp-Danzig.

Tuberkulöser periurethraler Abszeß, von L. TIXIER und Ch. L. GAUTHIER. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1082.) Bei einem Phthisiker trat am Perineum ein Abszeß auf. Es wurde aus dem klinischen Bilde die Diagnose „tuberkulöser Abszeß" gestellt; bei der Inzision entleerte sich reichlich Eiter, der beim Meerschweinchen

Digitized by Google

Tuberkulose erzeugte. Später entwickelte sich eine Fistel. Die Verfasser weisen auf die Seltenheit dieser Affektion hin. Richard Frühwald-Leipzig.

Die periurethralen Komplikationen der Striktur, von MELVILLE SILVERBERG-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 27. April 1912.) Die periurethralen Komplikationen der Striktur sind infektiösen Ursprungs. Die Entzündung kann akut sein und führt dann zu einem umschriebenen Abszeß, oder sie kann perakut verlaufen und führt dann zu einer Phlegmone, die rasch das Perineum, Skrotum und die Bauchwand ergreift. Bei letzterem Ausgang ist die Gegenwart von Urin von sekundärer Bedeutung. Die Entzündung kann aber auch chronisch verlaufen; sie ist dann charakterisiert durch eine fortschreitende Entwicklung neuen, gegen Infektion wenig widerstandsfähigen Bindegewebes und ist daher häufig der Sitz einer abgegrenzten Eiterung. Fendt-Wiesbaden.

Eine seltene Form von Striktur der Pars cavernosa urethrae, von JABOULAY und FAYOL. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1205.) 67jähriger Mann mit angeborener leichter Phimose. Vor 18 Jahren begann eine Balanitis, die zur Verwachsung zwischen Vorhaut und Eichel führte. Seit 10 Jahren allmählich zunehmende Miktionsbeschwerden. Man fand das Orifizium hochgradig verengt, rundherum Zeichen einer schleichenden Entzündung, Sklerose des Gewebes, keine Narbe. Mit der Sonde fühlte man 5 cm weit eine sklerotische Veränderung der Urethra und im Bulbus eine impermeable Striktur. Inzision der ganzen Harnröhre und Naht über der Sonde. Die Verfasser nehmen an, daß die Balanitis zuerst zur Atresie des Meatus führte; die Entzündung setzte sich auf die Submukosa des Urethra fort und bedingte ihre Sklerosierung. Die Striktur im Bulbus gehört zu den retrostrikturalen Veränderungen. Richard Frühwald-Leipzig.

Dilatation des prostatischen Teiles der Urethra zur Beseitigung der Symptome einer Prostatavergrößerung, von E. H. SITER-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Juni 1912.) Da viele Patienten nach der Prostatektomie eine Blasenfistel behalten, oder wegen konstanten Harnträufelns einen Apparat tragen müssen, ist Verfasser dazu übergegangen, in geeigneten Fällen durch eine kleine suprapubische Öffnung den mittleren Lappen der Prostata zu entfernen und die hintere Harnröhre mit dem Finger zu dehnen. Der kleine Eingriff wird außerordentlich gut vertragen, ist von rascher Heilung gefolgt, vermeidet sekundäre Blutungen und kann vorgenommen werden, ohne daß auf den Zustand der Blase Rücksicht zu nehmen ist. Verfasser berichtet sieben Krankengeschichten, die die guten Resultate zeigen sollen; in einzelnen Fällen ist das Resultat seit 5 Jahren ein dauerndes.
W. Lehmann-Stettin.

Urethralstriktur und Hämorrhoiden, von MURARD. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 18.) Ein 56jähriger Mann wurde bei der Miktion von heftigen Rektalblutungen befallen. Es fand sich eine sehr enge blennorrhoische Striktur, nach deren Erweiterung die Blutungen aufhörten. M. nimmt an, daß es sich um mechanische, durch die Miktionserschwerung bedingte Hämorrhagien handelte, die durch unbemerkt gebliebene Hämorrhoiden begünstigt wurden.
Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Harnröhrenstriktur mit Hyperämie hervorrufenden Bougies, von PH. KOBELT-Berlin. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) In der BIERschen Klinik hat Verfasser die SCHARFFschen Sonden zur hyperämisierenden Behandlung von Harnröhrenstrikturen seit dem Frühjahr 1911 erprobt und durch Konstruktion von ergänzenden Teilen, namentlich auch von erwärmbaren elastischen Bougies vervollständigt. Letztere haben sich namentlich zur Behandlung von

Digitized by Google

Verengerungen im hinteren Harnröhrenabschnitt sehr nützlich erwiesen. Verfasser schildert die durch diese Methode zu erzielenden, ungemein günstigen Resultate an einer kleinen Auswahl von Krankengeschichten und fordert dringend zur Nachprüfung auf. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Seltene Fremdkörper der Harnröhre, von Georg Berg-Frankfurt a. M. (Med. Klinik, 1912, Nr. 3.) In dem einen Fall waren es zwei Steinnußknöpfe, in dem anderen eine Haarnadel, welche sich ein Mann in die Harnröhre praktiziert hatte und die Anlaß zu Eingriffen boten. Arthur Schucht-Danzig.

Eine Ausgipsung der Urethra, von Waelli-Basel. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 15.) Verfasser bereichert das Material der in der Harnröhre aufgefundenen Fremdkörper: Die Harnröhre war in diesem Falle ausgegossen mit Gips; wahrscheinlich sind onanistische Manipulationen die Ursache gewesen. Eine Röntgenaufnahme stellte fest, daß die Blase frei war und wies den richtigen Operationsweg. Maximilian Franz-Dresden.

Harnröhrensteine, von John Speese-Philadelphia. (Arch. of Pediatrics, Juli 1912.) Bericht über drei Fälle und Statistisches aus einer Literaturübersicht.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Kenntnis der Harnröhrensteine, von Alexander Britnew-Smolensk. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 118, Nr. 5 und 6.) Im Verlaufe von 10 Jahren beobachtete B. 24 Fälle von Harnröhrensteinen, und zwar sämtlich bei männlichen Personen unter 14 Jahren. Die Größe schwankte zwischen Hirsekorngröße und Pflaumengröße; der Gestalt nach waren es am häufigsten länglich runde Steine mit glatter Oberfläche; der chemischen Zusammensetzung nach waren Phosphate und Urophosphate am häufigsten vorhanden.

In einem Falle hatte sich der Urethrastein an der Stelle eines Ductus paraurethralis entwickelt. In 16 Fällen mußte die Urethrotomia externa zur Entfernung des Harnröhrensteins ausgeführt werden, und nur in einem Falle gelang die Entfernung mittels des scharfen Löffels. Schourp-Danzig.

Urethro-prostatischer Stein, von Paul Michel. (Lyon méd., Bd. 119, S. 131.) Ein 30jähriger Mann litt seit einem halben Jahre an Poly- und Polakiurie; plötzlich wurde er von einer heftigen Hämaturie befallen. Die Untersuchung ergab einen haselnußgroßen Stein in der Urethra prostatica, der auf perinealem Wege entfernt wurde. Richard Frühwald-Leipzig.

Urethrothermische Therapie, von P. Scharff-Stettin. (Münch. med. Wochenschr., 30. Nov. 1912.) Zur Behandlung von Harnröhrenstrikturen, namentlich den harten, kallösen hat Verfasser vor einigen Jahren, teils gerade (für die vorderen Partien), teils nach Guyon gebogene Sonden konstruiert, welche durch einen elektrisch zu erwärmenden Heizkörper sich auf Temperaturen von 50° C und darüber bringen lassen. Der Wärmegrad wird an dem eingeführten Instrument durch ein in die Leitung am Rheostat eingeschaltetes Thermometer genau kontrolliert. Die Vorzüge dieser Methode bestehen in ihrer ausgesprochenen schmerzlindernden Wirkung, in der raschen Erweichung der Indurationen, welche ein schnelles Steigern in der Größe der einzuführenden Bougies ermöglicht, Vermeidung von Verletzungen der Urethralschleimhaut selbst bei ganz veralteten Fällen und in einer direkt immunisierenden Einwirkung auf dieselbe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die zentrale Blaseninnervation, ein Beitrag zur Physiologie des Zwischenhirnes, von Robert Lichtenstern. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Die Ergebnisse der bisherigen Versuche lassen sich kurz im folgenden zusammenfassen: 1. Die Reizung des Hypothalamus führt zur Blasenkontraktion. 2. Der

Digitized by Google

Reiz wird der Blase auf dem Wege der Errigentes mitgeteilt, die Austrittstelle im Rückenmark ist in der Höhe zwischen dem zweiten und dritten Sakralis. 3. Eine Einwirkung auf Uterus oder Samenstränge konnte nicht beobachtet werden. 4. Die Entfernung einer oder beider Großhirnhemisphären verhindert nicht die nach Reizung des Hypothalamus auftretende Blasenkontraktion, womit die Selbständigkeit dieses Zentrums bewiesen erscheint. Die auffallende Verstärkung der Kontraktion bei einem Falle dürfte durch Wegfall hemmender Fasern erklärt erscheinen. Wenn auch die bisherigen Versuche noch nicht als abgeschlossen zu betrachten sind, so kann doch jetzt auf Grund derselben mit Sicherheit der Hypothalamus auch als ein für die Blase funktionierendes sympathisches Zentrum aufgefaßt werden, so wie es KREIDL und KARPLUS für die Pupillenwirkung nachgewiesen und für die Blase vermutet haben. W. Lehmann-Stettin.

Bemerkungen zu den kongenitalen Blasendivertikeln. Ein durch konservative Behandlung geheilter Fall von Divertikulitis, von MATTHEY-Neuchatel. (Rev. Suisse rom., 1912, Nr. 7.) Ermuntert durch einen mit Erfolg durch einfache Blasenspülungen geheilten Fall von infiziertem Divertikel, empfiehlt M., immer zuerst diese konservative Behandlung zu versuchen, ehe man zu der nicht ungefährlichen Exstirpation des Divertikels schreitet. A. Gunsett-Straßburg.

Über Blasenneubildungen, von J. F. Mc CARTHY-New York. (New York med. Journ., 7. Sept. 1912.) In dieser übersichtlichen Betrachtung kommt Berichterstatter (auf dem zu New York abgehaltenen Kongresse der Vereinigung amerikanischer Urologen) zu folgenden Schlüssen. Die zystoskopische Funkenbehandlung nach OUDIN, welche durch WAPPLERs Hochfrequenzmaschine bedeutend verbessert wurde, eignet sich für kleine oder mittelgroße einzelne oder mehrfache Neubildungen in der Harnblase, welche gut zugänglich und augenscheinlich gutartiger Natur sind. Wenn aber mit dieser Methode nicht prompte Heilung eintritt, sollte sie nicht lange fortgesetzt werden. Mit Ausnahme der speziellen Fälle, wo profuse Hämaturie das Gesichtsfeld verdunkelt, wird die zystoskopische Methode den oberen Blasenschnitt meist ersetzen. Die Funkenbehandlung darf in einem Dunkelfelde wegen der damit verbundenen Ungenauigkeiten und Gefahren nicht angewandt werden. Neubildungen, die Randinfiltrationen zeigen und auf Bösartigkeit verdächtig sind, sollten durch Inzision durch die ganze Dicke der Blasenwand hindurch und wenigstens in 2 cm Entfernung von ihrer Ausdehnung exzidiert und, wenn sehr nahe der Ureterenmündung gelegen, Ureterentransplantation angefügt werden. In Fällen, wo eine sehr große Anzahl von Neubildungen (Auswüchsen) in der Blase vorhanden und dadurch, wenn auch gutartiger Natur, der zystoskopischen Funkenbehandlung nicht zugänglich sind, kann dieselbe mit Erfolg auch nach oberem Blasenschnitt angewandt werden. MCCARTHY hofft sogar, daß die Anwendung des D'ARSONVALschen Hochfrequenzstromes eine Art prophylaktische Wirkung in manchen Fällen habe.
Stern-München.

Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste mit Hilfe eines neuen Operationszystoskops, von R. KUTNER-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1911, Nr. 20.) Die galvanokaustisch-heiße Schlinge ist der kalten Schlinge bei der Entfernung von Blasentumoren weit überlegen und ausschließlich anzuwenden. Verfasser hat selbst ein Instrument konstruiert, welches gleichsam ein Universalzystoskop für Untersuchung und intravesikale Operation darstellt und dessen wesentliche Neuerung der Schlingenträger darstellt. Arthur Schucht-Danzig.

Zur intravesikalen Operation von Blasengeschwülsten mittels Hochfrequenzstroms, von R. KUTNER-Berlin. (Ztschr. f. ärzt. Fortb., 1912, Nr. 9.) Beschreibung

Digitized by Google

eines Apparates, um intravesikale Blasengeschwülste mit Thermopenetration nach dem Vorgange von BEER in New York zu behandeln. Für größere Papillome wird am meisten die kaustische Schlinge empfohlen, die Hochfrequenzelektrode nur zur Beseitigung kleiner, nicht faßbarer Geschwülste. H. Lautsch-Graudenz.

Operationsmethoden bei Blasentumoren, von ANDREW FULLERTON. (Med. Press. a. Circ., 28. Febr. 1912.) Beschreibung der verschiedenen Methoden und Abwägung ihrer Vorzüge und Nachteile gegeneinander. Der suprapubischen intraperitonealen Methode stellt Verfasser die intra- oder transperitoneale Methode gegenüber, der er verhältnismäßige Einfachheit, vergrößertes Operationsfeld und besseren Überblick nachrühmt. Fendt-Wiesbaden.

Diagnose und Behandlung intravesikaler Läsionen, von S. W. MOORHEAD-Philadelphia. (Therap. Gaz., 15. April 1912.) Nichts Neues. Zur Behandlung bzw. Nachbehandlung nach operativer Entfernung gutartiger Geschwülste wird in vielen Fällen Hochfrequenzbehandlung nach OUDIN empfohlen. W. Lehmann-Stettin.

Über die endovesikale Behandlung von Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen, von ROBERT BACHRAD-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) Bei einem 42jährigen Manne mußte dreimal wegen rezidivierender Papillomatose die Sectio alta gemacht werden. Die histologische Untersuchung der Blasenpapillome zeigte den Beginn maligner Umwandlung. Die Fulguration nach der BURschen Methode führte zur Heilung mit weißer strahliger Narbe.

Auch in weiteren 14 Fällen bewährte sich die Fulgurationsbehandlung dem Verfasser vorzüglich. Schourp-Danzig.

Ein Fall von diffusen Venektasien der Blasenschleimhaut, von WILHELM PORZELT. (Diss., Würzburg, 1911.) Am häufigsten werden variköse Venen am Blasenhalse festgestellt. Relativ oft werden Venektasien der Blasenschleimhaut während der Schwangerschaft beobachtet. Verfasser teilt einen Fall von diffusen, sich über die ganze Blasenschleimhaut erstreckenden Venenerweiterungen mit, welcher eine früher gesunde 37jährige Frau betrifft. Bei der Obduktion wurde an der Blase folgendes Bild gefunden: Wandung dick, die Schleimhaut ist mit schmutzig grauroten, schmierigen Massen überzogen. In der Schleimhaut ziehen vom Ansatz des Ligamentum umbilicale medium hinten zum Trigonum zopfartige, vorspringende, dunkle Gebilde, die fast ausschließlich in der Schleimhaut liegen und geronnenes Blut enthalten (variköse Polypen). Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daß hier echte Venektasien der Blase vorlagen, die, diffus über die ganze Schleimhaut zerstreut, im mikroskopischen Bild sich ganz ähnlich präsentieren wie die Veränderungen der Blasenschleimhaut bei chronischer Zystitis. Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von einfachem, chronischem Geschwür der Blase, von DESGOUTTES und REYNARD. (Lyon méd., 118. Bd., Nr. 23.) Mitteilung zweier Fälle und kurze Besprechung der in der Blase vorkommenden Ulzerationen. Man kennt 1. einzelne Geschwüre, die sich durch Hämaturie verraten, 2. perforierende Geschwüre und 3. multiple Geschwüre. Richard Frühwald-Leipzig.

Über Blasenruptur, von G. NAUMANN. (Nord. med. Arkiv, 1912, Abtg. I, H. 1. Nr. 2.) Man unterscheidet 1. eine intraperitoneal traumatische Blasenruptur: a) einfach, b) kompliziert mit Beckenfraktur oder anderen abdominalen Verletzungen, und 2. eine intraperitoneale aus anderen Ursachen als Trauma, a) als Folge einer Krankheit (spontane Ruptur), b) als Folge zufälliger Verletzungen bei chirurgischen Operationen, 3. extraperitoneale Ruptur einfach oder kompliziert mit Fraktur u. dgl., 4. kombinierte intra- und extraperitoneale Ruptur. Die Differentialdiagnose ist nicht

Digitized by Google

erforderlich und darf unter keinen Bedingungen eine Verzögerung veranlassen, da beide Formen unmittelbare Inzision durch die Bauchwand nötig machen.

Was die Behandlung anbelangt, so besteht dieselbe in einer möglichst frühzeitigen Diagnose, gefolgt von unmittelbarer Operation. Ist die Ruptur gefunden, und ist ihre Richtung die gewöhnliche von vorn nach hinten, so werden Suturae nodosae angelegt, da man sonst bei einer möglicherweise entstehenden Fistel Gefahr läuft, daß die ganze Sutur aufgeht. Die Suturen werden durch die Serosa und die Muskularis ohne Mukosa gelegt, weil es sonst leicht zu Undichtigkeit und Peritonitis führt. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Blasenrupturen, von Leguen. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 19.) Ein Zimmermann fällt bei gefüllter Blase von einer Höhe von 10 m zu Boden. Bei der Untersuchung ergibt sich ein geringer Blutausfluß aus der Urethra und bei starkem Urindrang eine starke Schmerzhaftigkeit der mittleren Regio hypogastrica. Bei einem mit Vorsicht mit weicher Sonde vorgenommenen Katheterismus gelangt man abnorm weit ins Abdomen, wobei 400—500 g Blut entleert werden. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergab einen explosionsartig entstandenen transversalen Riß der ganzen Breite der oberen Blasenwand, dazu vier andere lochförmige Rupturen der vorderen Wand, die aussahen, als ob von innen die Blasenwand mit einer Kugel durchschossen worden wäre. Naht. Heilung. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Operation der Blasenektopie, von Peter Jansen-Düsseldorf. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 79, H. 1.) An der Witzelschen Klinik ist ein Operationsverfahren (Ectropia vesicae) zur Ausbildung gelangt, das von vorzüglichen Erfolgen begleitet ist und dessen Einzelheiten deshalb wohl weitere Verbreitung verdienen. Die Operation besteht in Anfrischung und Vernähung der Ränder der ektopierten Blase unter Berücksichtigung folgender für den Erfolg unumgänglich notwendiger Punkte: 1. teilweise Entspannung der Bauchmuskulatur durch tiefe Einkerbung der Musculi recti, 2. Fixation des Vertex der Blase in der Bauchwand, 3. peinlich genaue Vereinigung der Schichten der Bauchwand über dem genähten Blasenspalt, 4. temporärer anderer Abfluß des Urins als derjenige durch den neugeschaffenen Blasenhals, 5. Verband und Lagerung des Kindes, welche die Entspannung der Bauchmuskulatur unterstützen und gleichzeitig die Beschmutzung des Operationsgebietes durch Kot und Urin verhindern. Franz-Dresden.

Lithiasis im Kindesalter auf Grund von 1836 Fällen, von J. Bókay-Budapest. (Orv. Hetilap, 1912, Nr. 39.) Namentlich in der Gegend zwischen Donau und Theiß kamen auffallend viele Steinfälle im Kindesalter vor, während in Oberungarn und den gebirgigen Gegenden Siebenbürgens die Lithiasis im Kindesalter zu den selteneren Fällen zu gehören scheint. Das niedrigste Lebensalter war der dritte Lebensmonat. Von 1836 Lithiasisfällen waren 1319 Blasen-, 9 Nieren- und 508 Harnröhrensteine, die vermöge ihrer geringen Größe aus der Blase in die Harnröhre gekommen sind und sich durch die Harnröhre spontan entleerten oder von dort operativ entfernt worden sind. Der Ansicht entsprechend, daß der Ursprung der Harnröhrensteinbildung im Kindesalter mit dem Niereninfarkt der Neugeborenen im Zusammenhang steht, scheint dies wahrscheinlich zu sein. In 72 Fällen beobachtete Verfasser Lithiasis bei Mädchen, also kaum 4% der Fälle. Das jüngste Lebensalter war sechs Monate bzw. das erste halbe Lebensjahr. Am häufigsten wurde Lithiasis im dritten bis siebenten Lebensjahre gefunden. Daß unter den Krankheitsursachen der Harnsteinbildung im Kindesalter zweifelsohne die die Urinentleerung störenden Faktoren eine Rolle spielen, hat Verfasser früher schon nachgewiesen. Phimosis congenita und Verwachsungen des Präputiums mit der Eichel beeinflussen entschieden die Entwick-

Digitized by Google

lung der Lithiasis vesicae. Beschnittene Kinder befanden sich in Verfassers Krankenmaterial nur in sehr geringer Zahl, in 3%. Als Rassencharakter kann es nicht angenommen werden, weil demgegenüber es in Ungarn eine bekannte Tatsache ist, daß bei Erwachsenen die Harnröhrenerkrankungen bei Israeliten ungefähr ebenso häufig beobachtet werden wie bei Christen. Von 667 Spitalfällen waren 646 christliche und 21 jüdische Knaben, folglich sind in BOKAYs Spitalsmaterial christliche Kinder in noch geringerer Zahl (3%) zur Beobachtung gekommen als im allgemeinen Mädchen (4%). Porosz-Budapest.

Beobachtungen an Blasensteinen, von L. SEXTON-New Orleans. (Med. Record, 28. September 1912.) Nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Die Joddämpfe in statu nascendi in der Behandlung der Zystitis, von GASTON FARNARIER. (Semaine méd., 1912, Nr. 28.) Mittels einer sinnreichen Vorrichtung gelingt es dem Verfasser, Joddämpfe, die er durch Erhitzen von Jodoform darstellt, in die Blase zu bringen. Das Verfahren ist nicht sehr schmerzhaft, ist bei der akuten Zystitis anwendbar und verspricht gute Erfolge. Der Apparat besteht aus einer Glasampulle, welche jederseits eine Glasröhre trägt, von denen die eine mit einem NELATON-Katheter, die andere mit einer luftgefüllten Blasenspritze in Verbindung steht. Eine obere Öffnung der Ampulle erlaubt, in dieselbe 0,05—0,1 g Jodoform zu schütten. Darauf wird die Ampulle durch eine darunterstehende Spirituslampe erhitzt und, sobald sich Joddämpfe entwickeln, der Stempel der Spritze nach vorn gedrückt. Die in der Spritze enthaltene Luft drückt dann die Joddämpfe in die Blase. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Ikterus und Zystitis bei einem männlichen Säugling, von EGON RACH und A. v. REUSS-Wien. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.) Die Verfasser beobachteten in drei Fällen vorübergehender Formen von Ikterus bei Säuglingen, in denen die Erkrankung plötzlich mit Fieber und schweren Allgemeinerkrankungen einsetzte, Zystitis bzw. Pyelitis und wiesen in allen drei Fällen als Erreger dieser Zystitis Parakolibazillen nach; alle drei Fälle betrafen Knaben, bei welchen Zystitis bekanntlich selten vorkommt. Schourp-Danzig.

Zystitis und Urindesinfizientien, von C. WILLIAMS. (Lancet, 18. Mai 1912.) Die antiseptische Wirkung des Helmitols (Hexa-Methylen-Tetraminanhydromethylen-Zitrat) kommt bei alkalischer Reaktion nicht zur Geltung. Verfasser hat seit längerer Zeit aber mit gutem Erfolg das Mittel (0,3) in Verbindung mit Kalium citricum (1,2) gegeben. Um festzustellen, ob diese Zusammensetzung auch unter dem Gesichtspunkte der urinanalytischen Untersuchung als rationell zu bezeichnen ist, hat W. eine eingehende Untersuchung von Urin nach der Einverleibung des Gemisches durch W. H. MARTINDALE ausführen lassen. Als Ergebnis der ausführlich dargelegten Untersuchung ist zu konstatieren, daß eine Eingabe von alkalischen Salzen zum Helmitol keinen Nachteil bringt, solange der Urin eine saure Reaktion behält. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Beteiligung der Ureteren an den akuten Blasenentzündungen nebst Bemerkungen über ihre Fortleitung durch die Lymphbahnen der Ureteren, von SHICKITARO SUGIMURA-Japan. (Virchows Arch., Bd. 206.) S. untersuchte bei 21 Leichen beider Geschlechter das Nierenbecken, den Harnleiter und die Harnblase. Darunter waren in vier Fällen anscheinend gesunde Organe, in zwölf Fällen Blasenentzündungen ohne Nierenveränderungen und in fünf Fällen schwere Entzündungen der oberen Harnwege vorhanden. Es ergab sich, daß die Ureteren, besonders das untere Drittel, sich mehr oder weniger fast stets an der akuten Blasenentzündung beteiligen bei anscheinend nicht veränderten Ureterenmündungen, auf dem Wege

Digitized by Google

durch die Lymphbahnen der Ureteren. Dabei sind auf der Ureterenschleimhaut nur wenige Spuren von der Entzündung zu finden. Je nach Art und Virulenz der Entzündungserreger, nach der Dauer der Krankheit und der anatomischen Veränderung der Blasenwand scheint das Aufsteigen der akuten Blasenentzündung durch die Lymphbahnen des Ureters nach den Nieren verschieden zu sein. Auch bei der chronischen, nicht spezifischen Entzündung der Harnblase ohne oder mit Harnstauung, sowie bei der sogenannten absteigenden einfachen Entzündung der oberen Harnwege konstatiert man ebenfalls deutlich die Beteiligung der Lymphbahnen des Ureters. Wenn auch die Schleimhaut des Ureters bei der absteigenden akuten Entzündung sich stärker zu beteiligen scheint, so liegt die Vermutung doch nahe, daß die Lymphbahnen des Ureters bei der Ausbreitung der akuten Entzündung der Harnblase und der Nieren eine wichtige Rolle spielen. Schourp-Danzig.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Der Infantilismus und die Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens, von A. Souques (Presse méd., 1912, Nr. 52.) Eine klinische und experimentelle Studie. Beim Infantilismus spielt der Hoden, und zwar der interstitielle Teil der Hodendrüse, die ausschließliche Rolle. Es handelt sich immer um eine Verminderung der inneren Sekretion derselben. A. Gunsett-Straßburg.

Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis, von P. Bull-Christiania. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines Patienten, der trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis mit vorübergehender Tuberkulose der Prostata Vater dreier Kinder wurde. Die Frau blieb trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs mit dem kranken Manne von einem tuberkulösen Genitalleiden verschont, und zwei Kinder gaben keine Pirquet-Reaktion (im Alter von $2\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ Jahren). V. Caesar-Dresden.

Zur Behandlung der sexuellen Impotenz, von Lissmann-München. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) In dieser Arbeit ist hauptsächlich die sogenannte nervöse Form der Impotenz berücksichtigt. Als therapeutische Neuerung empfiehlt Verfasser die epidurale Darreichung von Johimbin in physiologischer Kochsalzlösung. Er hat bei zehn Patienten, welche vorher so ziemlich sämtliche sonst üblichen Behandlungsarten vergeblich durchgemacht hatten, dieses Verfahren angewandt und bei sieben derselben einen vollen Erfolg erzielt. Allerdings beträgt die Heilungsdauer auch beim ältesten Falle nicht mehr als $4\frac{1}{2}$ Monate. Es wurden 10—15 Tropfen einer 2%igen Johimbinlösung mit 30 ccm Kochsalzlösung epidural injiziert und dies in Abständen von zwei oder mehreren Wochen gelegentlich wiederholt. Daß die Wirkung jedenfalls nicht ausschließlich oder auch nur großenteils durch physische Momente erreicht wird, geht aus den günstigen Resultaten der Johimbinanwendung in der Veterinärpraxis hervor. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachweis von Spermatozoen in Spermaflecken, von Angelo de Dominicis-Mailand. (Prov. méd., 1912, Nr. 37.) Verfasser empfiehlt folgende neue Methode: Ein winziges Stückchen des Fleckes wird abgehoben, durch zehn Sekunden in eine 20%ige Lösung von Rutheniumrot in Ammoniak gehalten, zehn Sekunden in einem Tropfen Schweitzerscher Reagens geschwenkt und dann in Glyzerin das Gewebe zerfasert. Zum Schluß wird ein Deckglas leicht aufgedrückt. Mit diesem Verfahren konnte Verfasser Spermatozoen leicht nachweisen. Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Spermatorrhöe, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1912, S. 576.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Richard Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zur Diagnose des ektopischen Hodens, von H. WACHTEL-Wien. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.) Verfasser erinnert daran, daß auch der nicht ins Skrotum deszendierte Hoden und selbst im Zustand der Entzündung den Kremasterreflex aufweist. Fehlt dieser Reflex auf der Seite einer diagnostisch zweifelhaften Leistenschwellung, so wird man gut tun, erst noch zu prüfen, ob er nicht auch auf der anderen Seite infolge irgend einer Erkrankung oder Abnormität aufgehoben ist.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Hodenneuralgie, durch Adhäsionen verursacht, von EDGAR G. BALLENGEN und OMAN F. ELDEN-Atlanta. (New York med. Journ., 27. Juli 1912.) Verfasser berichten über einen Fall, wo ein 52jähriger Mann seit zwölf Jahren an Hodenneuralgie, die nach einem Fall auf einen Zaun sekundär infolge von Schwellung des linken Hodens entstanden war, litt. Der dumpfe, ziehende Schmerz war seitdem nicht gewichen und für den Patienten so störend, daß er ungestüm nun die Exstirpation des Hodens verlangte. Dieselbe wurde ausgeführt, das Organ war aber mit Ausnahme einer leichten Vergrößerung ganz minimal, nur waren zwei abnorm dicke Stränge (von 9 und 6 mm Dicke und 16 und 11 mm Länge) zwischen Hoden und Skrotalhaut vorhanden. Patient erholte sich sehr rasch und blieb nun frei von Schmerzen. Wahrscheinlich hätte auch die Exzision dieser Stränge allein genügt, und künftig wollen Verfasser bei ähnlichen Fällen so verfahren, daß sie zuerst unter Kokainanästhesie eine Inzision in die Tunica vaginalis machen, um festzustellen, ob eine Verwachsung vorhanden ist. Stern-München.

Kurze Bemerkungen über die LEYDIGschen Zwischenzellen des Hodens, von D. v. HAUSEMANN. (Arch. f. Entwicklungsmechanik der Organismen, Bd. 34, H. 3.) Der Verfasser faßt die LEYDIGschen Zwischenzellen des Hodens im Gegensatz zu anderen Autoren nicht als im Zusammenhang mit der Spermatogenese und Atrophie der Hodenkanälchen stehend auf, sondern glaubt mehr an einen Zusammenhang mit allgemein kachektischen Zuständen. Details müssen im Original nachgelesen werden. Otto Lasch-Breslau.

Zellveränderungen des Hodens durch Röntgenstrahlen, von J. O. WAKELIN BARRAT und G. ARNOLD-Liverpool. (Arch. f. Zellforschung, Bd. 7, H. 2.) Zu den Versuchen dienten ausgewachsene Ratten, deren Hoden RÖNTGEN-Strahlen in verschiedenen Dosierungen ausgesetzt wurden. Die ausführlich wiedergegebenen Untersuchungsergebnisse eignen sich nicht zum Referat. Fendt-Wiesbaden.

Luxation des Hodens nach Trauma, von L. POISSON und HENRI LERAT-Nantes. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 83.) Es handelte sich um Verlagerung des Hodens in die Abdomino-Kruralgegend bei einem 18jährigen Manne, die operativ geheilt wurde. Dieselbe war im zehnten Lebensjahre nach einem Fußtritt auf die Skrotalgegend aufgetreten. A. Gunsett-Straßburg.

Die Ätiologie der Achsendrehung des Testikels, von R. W. MURRAY-Liverpool. (Brit. med. Journ., 6. Juli 1912.) Aus einer Betrachtung der Literatur über diese Abnormität von NICOLADINIS erster Publikation (1885) an und gestützt auf die anatomischen Verhältnisse, stellt M. die These auf, daß die Torsion des Hodens kongenital ist und nicht etwa durch Trauma oder sonstige Einflüsse akquiriert werde. Die akuten Erscheinungen der Thrombosenbildung und Gangrän werden dann als Folge der abnormen Lagerung schon durch geringfügige Reize hervorgerufen und stellen sich sogar relativ häufig in der Ruhelage, im Schlafe ein. Etwa 70% aller bisherigen Fälle betrafen junge Leute von weniger als 20 Jahren.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Hodenkarzinom, von VIOLET. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 17.) Ein 30jähriger Kranker litt an Krebs des linken Hodens mit gleichzeitiger Affektion der regionären Lumbaldrüsen. Das erkrankte Organ wurde entfernt, die Drüsen mit RÖNTGEN-Strahlen behandelt. Der Kranke ist seit einem Jahre geheilt und rezidivfrei.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Entstehung und Organisation des Hodeninfarkts, von M. J. MICHAEL. (Diss., Heidelberg 1912.) I. In der Ätiologie des Hodeninfarkts kommt der Samenstrangtorsion eine überwiegende Bedeutung zu. Bei Fehlen anderer ätiologischer Faktoren darf man eine Samenstrangtorsion selbst dann annehmen, wenn der Hoden und Samenstrang normale Lage zeigen, da selbsttätig eine Detorsion erfolgen kann.

II. Die in bezug auf ihre Entstehung noch nicht völlig geklärte Samenstrangtorsion führt in allen Fällen zu einer Kompression der Venen und fast immer zu einer mehr oder minder starken Verlegung der Arterien. In allen Fällen führt sie zum hämorrhagischen Totalinfarkt. Am stärksten finden sich die Blutungen unter der Albuginea, im Rete testis und gewöhnlich auch im Nebenhoden. Im Hoden nehmen sie gegen das Zentrum hin an Stärke ab, entsprechend der Gefäßversorgung von Hoden und Nebenhoden.

III. Die Regeneration erfolgt zum Teil unter Bildung eines Granulationsgewebes, zum Teil als Spermatoangitis fibrosa obliterans.

IV. In Thromben kann die Kapillarbildung bis zur Differenzierung gut ausgebildeter Arterien vorschreiten.

V. Totale Vernarbung von Hoden und Nebenhoden mit Untergang der Zwischenzellen muß bei Ausschluß aller übrigen Momente den Verdacht auf Fibrosis testis ex infarctu nahelegen.

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Chorio-Epithelioma malignum beim Manne, von FERRUCIO MARCORA-Pavia. (Policlinico, 1912, Nr. 10.) Hodentumor mit typischer Struktur des fötalen Chorio-Epithelioms bei einem 29jährigen Manne. Der Verfasser glaubt, daß diese Tumoren zu den Teratoiden gehören und ektodermalen Ursprungs sind.

A. Gunsett-Straßburg.

Über die Resektion des Testikels, von VALENTIO BARNABO. (Policlinico, 1912, Nr. 3.) Wird bei Tieren die Hälfte des einen Hodens mit dem Thermokauter reseziert, so geht auch die andere durch entzündliche Reaktion zugrunde, während am anderen Hoden eine mäßige Hyperplasie und temporäre Hyperfunktion eintritt. Die Hypophyse hypertrophiert bei Tieren, die der beiderseitigen Hodenresektion unterworfen wurden; ebenso findet sich eine Vermehrung der sekretorischen Tätigkeit der Nebennieren. Diese Vermehrung findet sich nicht, wenn nur ein Hoden reseziert wurde.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Erzeugung von akuter Epididymitis durch Muskelzerrung, von J. W. G. GRANT-Cardiff. (Brit. med. Journ., 6. Juli 1912.) Verfasser schildert zwei Fälle von Epididymitis, deren Entstehung von den Patienten auf eine ruckweise erfolgte heftige Muskelanspannung zurückgeführt wurde; er betont dabei die Möglichkeit einer juridischen Bedeutung derartiger Vorkommnisse. Bei dem einen Patienten lagen jedenfalls andersartige ätiologische Momente auch vor; bei dem anderen war zweifelsohne die Affektion unmittelbar im Anschluß an einen Unfall entstanden; Verfasser nimmt aber an, daß nicht die beschuldigte plötzliche Überanstrengung der Muskulatur, sondern ein vom Patienten unbeachtet gebliebener Stoß oder Druck auf das Organ die Entzündung bedingte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Epididymitis erotica s. antiperistaltica, von M. OPPENHEIM-Wien. (III. Kongreß d. Dtsch. Ges. f. Urol. in Wien, Sept. 1911.) Das plötzliche Entstehen der

Digitized by Google

Epididymitis geschieht durch einen Reflex, der vom Colliculus seminalis durch chemische, thermische, elektrische und mechanische Reize ausgelöst wird und in einer antiperistaltischen Muskelkontraktion der Samenblasen und der Vas deferens besteht. Derartige plötzliche Nebenhodenanschwellungen treten häufig nach starken geschlechtlichen Erregungen ohne Ejakulation bei Bräutigamen auf. Die Ursache dieser Erkrankung Epididymitis erotica soll in venösen Stauungen liegen, wogegen sich der Verfasser wendet und nachzuweisen sucht, daß es sich hierbei um eine antiperistaltische Muskelkontraktion handelt, wobei eine Hypersekretion in die Vasa seminalia und deferentia eintritt, deren Inhalt durch die Antiperistaltik in die Kauda des Nebenhodens geschleudert wird. W. Chrzelitzer-Posen.

Über künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex, von Rohleder-Leipzig. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.) Die Epididymitis duplex ist häufig blennorrhoischer Natur und endet oft mit Verschluß der Ductus ejaculatorii. Häufig bleiben lebende Spermatozoen erhalten, die bloß am Austritt gehindert sind und denen zur normalen Bewegung, die nur die Befruchtung garantieren kann, gesunder Prostatasaft fehlt, da durch die Blennorrhöe meist das Sekret verändert wird (alkalisch). Eine künstliche Befruchtung durch Spermatozoen eines doppelseitigen Epididymitikers durch Punktion des Hodensekrets und Einbringung in die Cervix uteri mittels Spritze sofort nach Entnahme ist eventuell ermöglicht. Die Bedingungen, die Rohleder hierfür aufstellt, sind folgende: 1. Die Fecundatio arteficialis darf höchstens ein bis zwei Jahre nach Ablauf der letzten Epididymitis vorgenommen werden, nicht später; 2. mikroskopische Untersuchungen des dem Hoden unmittelbar entnommenen Sekrets auf normale, bewegungsfähige Spermatozoen; 3. Untersuchung des mittels Feleki vom Mastdarm exprimierten Protastasaftes auf Gonokokken, auf Spermageruch, auf Boettgersche Spermakristalle, auf Beweglichkeit der Spermatozoen durch Zusatz des exprimierten Prostatasekrets. Erweist sich das Prostatasekret als krank bei gesunden Spermatozoen, so wäre eventuell das Prostatasekret eines dritten Gesunden hinzuzufügen. Diese Aushilfe beleuchtet Verfasser von der ethischen und juristischen Seite und vom Standpunkt des Nationalökonomen. Der vorgeschlagene Weg scheint ihm gangbar. W. Caesar-Dresden.

Weitere Untersuchungen über die Autoserotherapie der Hydrozele und über den Mechanismus der Wirkung dieser Sera, von Luigi Caporio. (Riforma med., 1912, Nr. 36 u. 37, und Giorn. internaz. d. scien. med., Bd. 33, H. 15.) Die Technik, welche der Verfasser bei der Autoserotherapie der Hydrozele anwendet, ist eine sehr einfache. Nach Desinfektion der Haut mit Jodtinktur wird mit einer Lüerschen Spritze die Hydrozele angestochen und eine kleine Flüssigkeitsmenge angesogen. Dann wird die Nadel langsam zurückgezogen, und sobald die Nadel die Tunica vaginalis verlassen hat, sich also im Unterhautzellgewebe befindet, wird die in der Spritze befindliche Serummenge hier injiziert. Der Verfasser hat mit seiner einfacheren Methode ebenso gute Resultate gehabt wie De Martigny, welcher zuerst 20—60 ccm aus der Hydrozele abpunktiert, dann diese entleert und zuletzt die 20—60 zuerst abpunktierten Kubikzentimeter Serum unter die Bauchhaut injiziert. Eine vollständige Entleerung ist mit des Verfassers Methode unnötig, denn man sieht auch ohne diese die Hydrozele täglich schwinden und hat eine bessere Kontrolle für die Wirkung der Therapie. In 96% der Fälle wird die Hydrozele resorbiert; es kommen zwar Rezidive vor (80%), dieselben werden aber auf dieselbe Art weiter behandelt, und es tritt dann in 42% der Fälle definitive Heilung ein. Oft genügt eine Injektion von 5 ccm, um unter starker Diurese eine schnelle Resorption herbeizuführen. Oft muß die Injektion in vier- bis achttägigen Zwischen-

Digitized by Google

räumen mehrmals (bis fünfmal) wiederholt werden. Je jünger der Prozeß ist, desto schneller ist die Heilung zu erzielen. Serum aus einer fremden Hydrozele ist wirkungslos. Was den Mechanismus der Wirkung anbetrifft, so muß man ihn wahrscheinlich in einer Anregung der Nierenepithelien in Verbindung mit Allgemeinerscheinungen immunisatorischer Art suchen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Varikozele und ihre operative Behandlung, von Gunnar Nilson. (Nord. med. Arkiv. 1912, Bd. 45, H. 1.) Nach genauer Beschreibung der Anatomie und unter Berücksichtigung der Ätiologie gibt der Verfasser folgende Operationsmethode an: Schnitt über den Leistenkanal und Freipräparierung des Funikels. Wenn die Vena spermatica ext. varikös befunden wird, Exzision eines Stückes derselben. Von einem Längsschnitte an der Vorderseite des Samenstranges aus werden die aus dem Plexus pampiniformis stammenden Venen stumpf isoliert und oben in der Nähe des Bauchfelles gemeinsam ligiert. Lösung des unteren Venenstumpfes nach unten aus seiner Scheide und Emporziehen des Venenpaketes in die Wunde, bis man den Hoden an der Vorderseite der Symphyse palpieren kann. Um den Hoden in dieser Lage zu fixieren, wird der lange untere Venenstumpf um die untersten Bündel der gemeinsamen Aponeurose des M. obliq. abdom. int. und transv. geknotet, nachdem ein 2 cm breiter Teil der Aponeurose, dem Verlauf der Fasern entsprechend, und ohne die Kontinuität derselben zu beeinträchtigen, von der Vorderseite des Musculus rectus abgelöst worden ist. Sicherung des Abgleitens des Venenknotens durch eine im Ligam. Poupartii, nahe am Tuberc. pubis befestigte schließliche Ligatur des unteren Stumpfes und Abschneiden der nach außen von demselben befindlichen Venen. Dann einige Suturen zwischen den Schlingen des Knotens. Der Eingriff läßt sich in etwa 15 Minuten und unter Lokalanästhesie vollkommen schmerzlos ausführen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Radikalkur der Varikozele: Suspension des Testikels, kombiniert mit der Venenresektion, von V. Lapasset. (Arch. de méd. et de pharm. milit., April 1912.) Unter Lokalanästhesie wird der Samenstrang freigelegt. Der Schnitt muß weit nach oben reichen, so daß seine Mitte dem Inguinalkanal entspricht. Nach genauer Freipräparierung aller Teile wird der vordere Venenplexus unterbunden, ohne die Arteria spermatica zu schonen, und zwar einmal hoch oben und ein zweites Mal so nahe am Hoden, daß die Schlinge, an dem Leistenkanal heraufgezogen und dort fixiert, eine genügende Suspension des Hodens bewirkt. Ist die Varikozele stark ausgebildet, so muß dazu noch ein Stück des Venenplexus exzidiert werden. A. Gunsett-Straßburg.

Lipome des Samenstranges, von André Chalier. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1074.) Mitteilung mehrerer Krankengeschichten. Man kann zwei Arten dieser Lipome unterscheiden. Solche, die vom Fettgewebe des Samenstranges selbst ausgehen, und solche der Inguinoskrotalgegend. Diese entstehen um den Funikulus am Peritonealüberzug oder kommen vom Abdomen usw., vom Peritoneum oder Subperitoneum. Sie können mit einer Hernie vergesellschaftet sein. Richard Frühwald-Leipzig.

Ein Mischtumor des Samenstranges, von Th. Naegeli-Halle a. S. (Virchows Arch., Bd. 208, H. 3.) Während das makroskopische Bild für einen fibromatösen Tumor sprach, ergab der mikroskopische Schnitt als Hauptbestandteil der Geschwulst Lymph- und Blutgefäße und glatte Muskelfaserbündel. Schourp-Danzig.

c. Prostata.

Eine Studie über die Prostata, von G. Kolischer-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 6. Juli 1912.) Nach den Untersuchungen von Zuckerkandl und Tandler läßt

Digitized by Google

sich unsere bisherige Ansicht, daß die Prostata aus zwei lateralen und einem medialen Lappen besteht, nach den anatomischen Tatsachen nicht mehr aufrecht erhalten. Auch die Bezeichnung „chirurgische Kapsel" hat keine Berechtigung mehr, denn diese Kapsel besteht aus komprimiertem Prostatagewebe. Die Prostatahypertrophie erstreckt sich ausschließlich auf den Teil der Drüse, der vom Orific. urethrae internum bis zu den Öffnungen der Ductus deferentes reicht, und diese Hypertrophie trifft nur den zentralen Kern der Drüse. Mit dem hypertrophischen Teil der Prostata ist das proximale Ende der Urethra innig verbunden, das dann bei der Enukleation immer mit entfernt wird. Bei der Heilung hilft der tiefstgelegene Teil der Blase durch Senkung bei der Wiederherstellung der Urethra. Da die hypertrophische Prostata der Blase immer am nächsten liegt, so sollte bei der Operation die suprapubische Methode die Methode der Wahl sein. Wird der hypertrophische zentrale Kern enukleiert, so ist hierin stets die Pars prostatica urethrae enthalten. Das Herabsinken der Blase und ihre Vereinigung mit dem distalen Stumpf der Urethra nach der Enukleation kann sehr leicht bewiesen werden, indem man unmittelbar nach der Operation einen Katheter einführt, der glatt in die Blase eindringt; hierbei kann auch die stattgefundene Verkürzung der Urethra bewiesen werden; sie beträgt 1½ bis 2 Zoll. Fendt-Wiesbaden.

Einige Stadien von Prostataerkrankung, von L. Bolton Bangs-New York. (New York med. Journ., 15. Juni 1912.) B. berichtet über einige (5) für die Praxis recht lehrreiche Fälle aus seinem Material von akuten Prostata-Erkrankungen und von Prostata-Hypertrophie. In einem der Fälle, wo es sich nur um akute Prostatareizung infolge von allzu heftigen Radfahr- und Reitübungen handelte, wurden zuerst alle möglichen Injektionen und lokale Mittel versucht und erst durch leichte Massage der Prostata das Übel behoben — ein Beweis, daß bei der Behandlung solcher Fälle oft viel zu viel des Guten geschehe. Zur Illustrierung des Einflusses der Masturbation — auch bei späterem normalen Geschlechtsleben — auf die Prostata (konstanter Zustand von Erythismus derselben, chronische sexuelle Hyperämie) dient ein weiterer Fall. Schließlich sind zwei Fälle beschrieben, welche die oft merkwürdig verlaufenden Obstruktionserscheinungen bei beginnender Prostatahypertrophie und die damit zusammenhängenden katarrhalischen und infektiösen Blasenkomplikationen zeigen und, wie in den meisten Fällen dieser Art, durch Prostatektomie völlig geheilt wurden (suprapubische Operation zieht B., wenigstens in den Anfangsstadien der Prostatahypertrophie, der perinealen vor).
Stern-München.

Eine technische Hilfsmethode zur Diagnostik katarrhalischer Prostataerkrankungen, von Carl Alexander-Breslau. (Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. Urol., III. Kongreß, Wien 1911.) Nach vorheriger Entleerung des Harnes auf natürlichem Wege läßt man sofort mittels Janetscher Methode — also ohne Katheter — eine schwache Kaliumpermanganat-Borsäurelösung bei 37° C in die Blase einfließen, dann wird die Prostata leicht massiert und dann die eingelaufene Lösung in mehreren Abteilungen ausuriniert, bzw. wird die ausurinierte Lösung in getrennten Portionen aufgefangen. Diese schwache Kaliumborsäurelösung reagiert auf geringste Mengen Prostataschleim. Die erste Portion wird, wenn sie auch ihre normale Farbe behalten zu haben scheint, nach einigen Minuten dauernden Stehens einen schleimig-opaleszierenden rosa Schimmer oder auch schleimig-schmutzigbräunlichen Farbenton annehmen. Nach dem Grade der Entfärbung der ersten bzw. zweiten Portion der ausgestoßenen Lösung kann man die Menge des beigemengten Prostatasekrets und die Stärke der Erkrankung beurteilen. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Prostatakarzinom bei einem Jüngling, von S. J. Gardner und W. T. Cummins-San Francisco. (Journ. amer. med. assoc., 27. April 1912.) Prostatakarzinom bei einem 17jährigen Jüngling; tödlicher Ausgang. Fendt-Wiesbaden.

Prostatahypertrophie, von Ernst Pfortner-Berlin. (Med. Klinik, 1912, Nr. 36.) Die vorliegende Arbeit bringt nichts wesentlich Neues, dafür aber rekapituliert der Verfasser in prägnanter Kürze alle in Betracht kommenden Momente für die Diagnose und Therapie der Prostatahypertrophie, so daß die Abhandlung sowohl dem praktischen Arzte wie dem Spezialisten dringend zur Lektüre empfohlen werden kann. Zum Referieren eignet sie sich nicht, da man sie eigentlich beinahe in extenso abschreiben müßte. Lasch-Breslau.

Operationslose Behandlung der Prostatitis, von W. B. Snow-New York. (Brit. med. Journ., 31. August 1912.) Im Laufe der letzten zwölf Jahre hat Verfasser nach der von ihm ausgearbeiteten Methode mit dem statischen Wellenstrom 210 Fälle von Prostatitis und deren Folgezuständen sehr erfolgreich behandelt, indem mindestens 200 der Patienten von ihren Beschwerden befreit wurden, und zwar in der Regel dauernd. Der statische Strom bewirkt eine Kontraktion und Relaxation des Gewebes in stetiger und schnellster Abwechslung und beeinflußt vorzugsweise die entzündlichen Produkte durch Anregung der Bewegung in den Lymphkanälen. Bei frischen Fällen ist bei täglichen Sitzungen von 20 Minuten Dauer ein Erfolg oft schon in 8—10 Tagen wahrzunehmen; chronische Fälle wurden meistens einen Tag um den anderen behandelt und brauchten in der Regel 2—3 Monate. Neben den gewöhnlichen Rektumelektroden hat Verfasser auch für spezielle Fälle besonders geformte Elektroden gebraucht. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Prostatahypertrophie, von Wilhelm Karo-Berlin. (Allg. med. Ctrlztg., 1912, Nr. 16/17.) Die Involution der Prostata, das Nachlassen ihrer Funktion im Alter, der Ausfall ihrer inneren Sekretion im Alter wirkt auf die Funktion der Harnorgane. So können die Symptome der Prostatahypertrophie bestehen, ohne daß an diesem Organ selbst die geringsten pathologischen Veränderungen nachweisbar sind. Verfasser nimmt an, daß die Innervation der Blasenmuskulatur und der Urethra unter dem aktivierenden Einfluß eines inneren Prostatasekrets steht. Die Degeneration der Prostata hat dann gewisse Ausfallserscheinungen im Harnapparat zur Folge. Er stützt seine Ansicht durch die Erfolge der Organotherapie. Der beschwerdenfreie Zustand bei Fortfall der Prostata (Exstirpation) spreche nicht dagegen, da andere Organe vikariierend dafür eintreten könnten.

Verfasser teilt daher die Fälle von Prostatahypertrophie in zwei prinzipiell verschiedene Gruppen: 1. Fälle von reiner Hypertrophie im pathologisch-anatomischen Sinne, 2. Fälle, in denen kein anatomisches Substrat zu finden ist, in denen wir als Ursache Störungen der inneren Sekretion der Prostata annehmen.

Die erste Gruppe unterzieht Verfasser der üblichen Behandlung der Katheterisationen, Blasenspülungen und eventuell Operation. Die zweite Gruppe behandelt er mit einem Hodenpräparat „Testikulin". Er hat 13 Fälle alle erfolgreich behandelt, teilweise mit verblüffendem Erfolg. Behandlung: wöchentlich drei intraglutäale Injektionen, in Summe etwa 20—30, bis zu einer deutlichen Besserung. Oskar Junghanns-Dresden.

Prostatahypertrophie und Fremdkörper der Blase, von Paul Michel. Ein 65jähriger Patient litt seit zwei Jahren an Retentionsanfällen; gelegentlich einer Selbstkatheterisierung blieb ein Stück des Katheters in der Blase. Es stellten sich Entzündungserscheinungen ein. Auf dem transvesikalen Wege wurde der Fremd-

Digitized by Google

körper entfernt und die Prostata enukleiert. Histologisch scheint es sich um beginnende maligne Degeneration eines Adenoms zu handeln.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Palliativbehandlung der Prostatahypertrophie, von H. JOSEPH. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 30.) Verfasser hat im Breslauer Allerheiligenhospital folgende von TIETZE angegebene Technik wiederholt zur Herstellung einer suprapubischen Fistel bei akuter Urinverhaltung erfolgreich angewandt: Bei Beckenhochlagerung und prall gefüllter Blase wird unter Lokalanästhesie querfingerbreit über der Symphyse ein 1 cm langer Hautschnitt in der Medianlinie ausgeführt, worauf man einen leicht gebogenen, ca. 1 cm starken Troikart in die Blase einsticht; nach Entfernung des Stachels wird sofort ein auf einem Mandrin straff gespannter PEZZER-Katheter von 18—21 Char. in die Blase eingeführt und nach Entfernung von Troikarthülse und Mandrin in situ belassen. Es ist nur nötig, an dem freien Ende des Katheters einen kleinen Hartgummihahn anzubringen, da die Wundränder den Katheter genügend fest umschließen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Prostataatrophie, von SÜSSENGLUTH. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.) Bei einem 67jährigen Patienten, welcher an Schmerzen beim Urinieren, Harndrang und erschwerter Entleerung litt, wurde die senilatrophische Prostata entfernt. Sie bestand aus zwei bohnengroßen Seitenlappen und einem kirschkerngroßen Mittellappen. Er wurde dadurch von seinen Beschwerden befreit. Die Harnfunktionen wurden normal.

Vom Mittellappen war ein kleiner bürzelförmiger Zapfen übrig, welcher die Harnröhrenmündung deckte. Außerdem war die Pars prostatica durch die Schrumpfung des der Prostata benachbarten Gewebes auch mit verengt.

Beide Momente erklären die Schwierigkeiten bei der Harnentleerung.

Werther-Dresden.

Einige Betrachtungen über die Prostatahypertrophie im Anschluß an drei Fälle von Prostatectomia hypogastrica, von CARLOS NEGRETE. (Rev. Ibero Amer., Juni 1912.) Kasuistik mit genauer Schilderung des operativen Verlaufs von drei Fällen von Prostatektomie. A. Gunsett-Straßburg.

Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Röntgenbestrahlung der Hoden, von H. v. TAPPEINER-Greifswald. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd. 115, H. 5—6.) Die fünf Fälle des Verfassers wurden zwei- bis viermal täglich katheterisiert, woran sich jedesmal eine Blasenspülung mit Bor- und Höllensteinlösung anschloß. Die Bestrahlung der Testikel wurde drei- bis fünfmal in Intervallen von sieben Tagen vorgenommen, wobei die Umgebung der Testikel und die Prostata durch Bleiplatten abgedeckt wurden, und zwar mit weicher Röhre, welche bei einem Abstand von 50 cm, bei einer Strombelastung von 2 Milliampere eine SABOURAUD-Einheit in neun Minuten gab. Bestrahlt wurde dann in jeder Sitzung 6¾ Minuten = ¾ Dosis SABOURAUD. Bei einem Patienten wurden alle Beschwerden völlig und dauernd beseitigt, die vier anderen wurden nur gebessert. Dies unblutige Verfahren ist wert, in allen Fällen, die zu einer Operation nicht geeignet sind, versucht zu werden, namentlich dann, wenn die Prostata sich weich anfühlt und man annehmen kann, daß die glandulären Bestandteile den Hauptteil der Hypertrophie ausmachen.

Schourp-Danzig.

Unwirksamkeit der Röntgenstrahlen bei Prostatahypertrophie, von A. D. ROCKWELL-New York. (Med. Record, 22. Juni 1912.) Verfasser berichtet seine eigene Krankengeschichte; er ist durch suprapubische Operation von sämtlichen Beschwerden glatt befreit worden, nachdem er vorher sowohl den statischen Strom wie

Digitized by Google

Hochfrequenzströme und auch RÖNTGEN-Strahlen erfolglos gebraucht hatte. Er hat 28 Sitzungen zu je sieben Minuten im Verlaufe von etwa einem Vierteljahr bekommen und gar kein Resultat davon gesehen. W. Lehmann-Stettin.

Die Prostatektomie in ihrer heutigen Gestalt, von WELLER VAN HOOK. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Juni 1912.) Der Verfasser teilt seine Technik der Prostatektomie mit, welche darin besteht, daß er es vermeidet, die Urethra zu eröffnen und so nach der Operation normale Verhältnisse bestehen läßt.

A. Gunsett-Straßburg.

Momentaner Stand der Technik der hypogastrischen Prostatektomie, von A. GRUGET. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 17.) Die Operation wird jetzt in folgenden Phasen ausgeführt: 1. Inzision der Bauchwand, 2. das Peritoneum wird nach oben geschoben und die Blase freigelegt, 3. Eröffnung der Blase (von jetzt ab wird kein Messer mehr benutzt!), 4. Eröffnung des Prostatasackes mit dem Nagel, der Schere oder dem Inzisor von LEGUEU oder von PASTEAU, 5. Enukleation der Prostata, 6. Drainage der Blase mit dem Doppeldrain von MARION, welches eine permanente Irrigation bei der Nachbehandlung erlaubt. Am fünften bis sechsten Tage wird derselbe entfernt und durch den von GAUTHIER-Lyon modifizierten IRVINGschen Apparat ersetzt, der die Fistel abschließt und eine Irrigation gestattet.

A. Gunsett-Straßburg.

Experimentelle Untersuchungen über den Ausgang der transvesikalen Prostatektomie, von NICOLA LEOTTA. (Policlinico, 1912, Nr. 2 und 3.) Aus seinen Beobachtungen an prostatektomierten Hunden schließt der Verfasser, daß die Prostata ein Ejakulationsorgan ist. Durch seine Entfernung wird die Ejakulation aufgehoben, während die Spermatogenese, die Libido, die Erektion und die Potentia coeundi erhalten bleiben. Außer dieser Funktion hat die Prostata noch eine andere, weniger wichtige, welche darin besteht, daß das Prostatasekret das Sperma verdünnt und die Spermatozoen lebhafter macht. A. Gunsett-Straßburg.

Die Herstellung des Harnweges nach der Prostatektomie samt Exzision der Urethra prostatica, von LICINI-Genua. (Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 79, H. 1.) Verfasser schildert Tierversuche, sechs Prostatektomien samt zirkulärer Resektion der Urethra prostatica und sechs Prostatektomien mit Zurücklassen eines 3—4 mm breiten Streifens der Urethra prostatica, so daß die Kontinuität zwischen Urethra membranacea und Blasenhals bewahrt wird. Sämtliche Operationen sind an Hunden ausgeführt.

Aus den Versuchen geht hervor, daß mit der Zeit nach der Prostatektomie samt Exzision der Urethra prostatica eine deutliche Verkürzung der ganzen Länge der Harnröhre zu konstatieren ist (beim Hunde um 1—2 cm). Diese Verkürzung hängt von der Annäherung des proximalen Endes der Urethra membranacea und des Blasenhalses ab und wird verursacht durch die Sklerosierung des Gewebes, das nach der Operation die Höhle erfüllt. Die innere Fläche der Höhle wird bald von Epithelien bedeckt, welche anfangs niedrig sind, später zylindrisch werden, aber immer einschichtig bleiben.

Die Bildung von Schleimhautlappen, sei es als Lappen vom Blasenhals abpräpariert, sei es als Streifen der Urethra prostatica zurückgelassen, bildet keinen Vorteil für die Heilung gegenüber der zirkulären Durchschneidung der Urethra prostatica. Nach der Operation bildet sich ein starker Bluterguß, der die Prostatanische erfüllt; dieser Bluterguß infiltriert das Gewebe mit Einschluß des zurückgelassenen Urethrastreifens, die Schleimhaut verfällt der Nekrose, Herstellung des Harnweges dann wie oben. Franz-Dresden.

Digitized by Google

Nachbehandlung nach Prostatektomie, von L. W. Bremerman-Chicago. (Ther. Gaz., 1912, Nr. 4.) Verfasser legt außerordentliches Gewicht auf gute Dränage und regelmäßige Entleerung der Blase. Die regelmäßige Entleerung wird durch periodische Absaugung aus dem Drainagerohr mit Hilfe eines sehr einfachen Apparates bewerkstelligt, der allerdings nur an der Hand der Abbildung verständlich ist. Sehr wichtig ist, daß das Dränagerohr nicht in Berührung mit dem Blasenboden kommt, da leicht eine Reflexanurie entstehen kann, wie er sie selbst in zwei Fällen erlebt hat. W. Lehmann-Stettin.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die Dosierung des Blutharnstoffs und die Urämiekonstante bei den chirurgischen Urinkranken, von Maurice Chevassu. (Presse méd., 1912, Nr. 47 und 48.)

Über die Bestimmung der Harnstoff-Ausscheidungskonstante von Ambard in ihrer klinischen Verwendung, von H. Carrion und Ch. Ovide Guillaumin. (Presse méd., 1912, Nr. 47.) Um sich ein Bild von der Funktionsfähigkeit der Niere zu machen, genügt weder die einseitige Bestimmung des Harnstoffes im Blute, noch diejenige des Urins. Nur wenn es gelänge, in ein und derselben Versuchsperiode die in die Niere gelangte Harnstoffmenge (den Blutharnstoff) mit der aus derselben ausgeschiedenen (dem Urinharnstoff) zu vergleichen, so würden die Änderungen des Verhältnisses Blutharnstoff zu Urinharnstoff notwendigerweise die Änderungen in der Nierenfunktion angeben. Eine Methode, welche dies bezweckte, wurde von Ambard ausgearbeitet. Er läßt den Urin, der sich genau in einer halben Stunde in der Blase nach vorheriger Entleerung derselben ansammelt, auffangen und entnimmt während dieser Zeit dem Patienten ungefähr 40 g Blut. Man kennt auf diese Weise: 1. die Dauer des Versuches, 2. die während dieser Zeit sezernierte Urinmenge. Es ist dann leicht, die in der Zeiteinheit eliminierte Harnstoffmenge und die Konzentration des Harnstoffes im Urin und Blut zu bestimmen. Zur Erleichterung der Rechnung wird die Urinmenge auf 24 Stunden umgerechnet und die Harnstoffkonzentration des Urins zu einer mittleren Konzentration von 25‰ in Verhältnis gebracht. Außerdem schien es angezeigt, das Körpergewicht mit in Rechnung zu setzen unter Vergleich mit einem Mittelgewicht von 70 kg. Aus diesen Werten berechnet Ambard mit Hilfe folgender Formel:

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}} = K,$$

die urämische Konstante, wobei Ur die Menge des Blutharnstoffes, D die Urinmenge, C die Menge des Urinharnstoffes und P das Körpergewicht bedeutet. Die Konstante variiert beim normalen Individuum zwischen 0,065 und 0,070. Jede Insuffizienz der Niere läßt diese Konstante steigen, gewöhnlich bis 0,08 und 0,09, oft auch höher als 0,120. Bei Hyperfunktion der Niere hingegen (kompensatorische Hypertrophie, hydropigene Nephritis), wo die Harnstoffausscheidung besser als im normalen Zustand erfolgt, sinkt die Konstante auf 0,06 bis 0,044. Was die Dosierung der Harnsäure anbetrifft, so haben Carrion und Guillaumin eine klinisch verwertbare, hinreichend genaue Methode angegeben, deren Details im Original eingesehen werden muß.

Die klinischen Resultate der Verwertung der Urämiekonstante sind sehr beachtenswert. Sie gibt, wenn sie systematisch angewandt wird, wertvolle Fingerzeige für die Indikationsstellung der Nephrektomie. Chevassu konnte auch mittels der-

Digitized by Google

selben nachweisen, daß die meisten Prostatiker ganz beträchtliche Veränderungen ihrer Nierenfunktion haben, ebenso viele Strikturkranke.

A. Gunsett-Straßburg.

Fäden in klarem Urin, von L. G. GUNN-Dublin. (Med. Press. a. Circ., 17. April 1912.) Verfasser unterscheidet fünf Orte, von denen die Fäden kommen können: 1. von der Schleimhautoberfläche der Harnröhre, 2. von den Samenblasen und deren Gängen, 3. von der Prostata und deren in die Pars prostatica urethrae mündenden zahlreichen Gängen, 4. von den COWPERschen Drüsen und 5. von den vielen kleinen Drüsen der Urethra anterior. Diese verschiedenen Arten von Fäden werden näher besprochen.

Fendt-Wiesbaden.

Ein interessanter Fall von farbigem Urin, von M. BÁLINH-Budapest. (Urologia, Beibl. d. Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 2.) Ein 30jähriger intelligenter Patient bemerkte, daß er „morgens blutigen Urin entleere". Der Urin war rubinrot, durchsichtig, grünlich fluoreszierend, so daß man gleich damit im reinen war, es handle sich nicht um Hämaturie oder Hämoglobinurie. Ursache und Ursprung dieser Färbung war vollkommen dunkel. Albumen, Blutfärbung war nicht nachweisbar. Nach längerem Nachforschen stellte es sich heraus, daß der Patient am vorhergehenden Abend beim Nachtessen im Gasthause Weichseleingesottenes gegessen hatte. Das farbige Urinieren dauerte ungefähr 24 Stunden, ohne daß es schädliche Folgen nach sich gezogen hätte. Eine eingehende Untersuchung von VAS ergab, daß der Urin rötlichgelb, ein wenig dunkel ist, eine entschieden grünliche Fluoreszenz zeigt, wodurch er einer dünnen Eosinlösung auffallend ähnlich ist. Den Farbstoff konnte man dem Urin mit Amylalkohol entziehen, und dieser Extrakt fluoreszierte in auffallendem Lichte grünlich. Bei der spektroskopischen Untersuchung des Urins, so auch des Extraktes zeigte im grünen Felde Absorptionsstreifen, während auf dem blauen und veilchenblauen Felde nur eine Verdunkelung sichtbar war. Dieses Spektrum entspricht nach SCHUMM dem des Eosins. Das Vorkommen desselben im Urin unterstützte in dem gegebenen Falle auch der Umstand, daß ein Bestandteil des Eosins — Biosin — nachgewiesen werden konnte.

Porosz-Budapest.

Nichtpathogene Kolonbazillen im Urin, von A. BASSLER-New York. (Med. Record, 6. Juli 1912.) Bei der Untersuchung von 191 frischen und gesunden Urinen hat Verfasser achtmal Kolonbazillen in auffallend großer Zahl, zehnmal in geringerer Quantität nachweisen können. Wenn sich auch in einer Reihe dieser Fälle Störungen von seiten des Darmtraktus nachweisen ließen, so war dies doch sicher siebenmal nicht der Fall. Bei keinem dieser Patienten fanden sich irgend welche Symptome, die auf Störungen von Niere oder Blase hingewiesen hätten. In jedem Fall war der Urin sehr stark sauer und mehr oder weniger getrübt.

W. Lehmann-Stettin.

Über den Nachweis von Quecksilber im Urin, von J. ABELIN-Bern. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.) Bei einer Reihe von Patienten, welche Quecksilber hauptsächlich in Gestalt einer Kalomelinjektion erhalten hatten, prüfte A. den Urin auf das Vorhandensein von Hg nach der neueren von SALKOWSKI angegebenen Methode. Es werden dabei 500 ccm Harn mit 4 ccm konzentrierter Salzsäure versetzt, bis zur Ausscheidung von Salzen eingedampft, alsdann wieder mit Salzsäure und mit feingepulvertem Kaliumchlorat behandelt, der Rückstand mit absolutem Alkohol extrahiert und mehrmals gewaschen. Nach Verdunsten des Alkohols wird der Rückstand mit 10—15 ccm Wasser stark geschüttelt und filtriert, worauf in das angewärmte Filtrat blanke Kupferstreifen eingehängt werden. Das in einigen Stunden am Kupfer niedergeschlagene Quecksilber wird abgespült, mit Alkohol

Digitized by Google

und Äther getrocknet und in einem absolut trockenen Reagenzglas bei Anwesenheit von Jod verdampft. Das Verfahren ist etwas umständlich, liefert aber entschieden exaktere Resultate als die sonstigen Methoden. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die nächtliche Polyurie, von A. G. Miller. (Edinburgh Journ., 1912, Nr. 5.) Verfasser hatte schon früher nachweisen können, daß die sogenannte nächtliche Inkontinenz der alten Männer auf das Bestehen von Residualharn und die Zersetzung desselben zurückzuführen sei. Nun suchte er die Ursache dieses Restharnes zu erforschen; weder der physische Zustand der Kranken noch Volumsveränderungen der Prostata konnten ihm die nötige Erklärung geben. Miller fand nun, daß sehr viele Menschen ihre Blase nie völlig entleeren und daß daher der Restharn förmlich zur Gewohnheit wird und dann im höheren Alter Beschwerden verursacht. Therapeutisch empfiehlt M. nach Beendigung der Miktion eine Pause zu machen und dann nochmals heftig zu pressen, damit aller Urin entleert und die Blase gekräftigt werde. Außerdem sollte der Harn solange als möglich angehalten werden, da das häufige Urinieren sonst auch zur Gewohnheit werde.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die klinische Nützlichkeit der Differentierung des Urineiweißes, von G. Patein und Roux. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 25.) Bei der chronischen Albuminurie ist die Vergesellschaftung des Serins und des Globulins die Regel, und das Verhältnis der beiden Körper zueinander bleibt konstant bei Kranken, deren Körperzustand gleich bleibt. Dieses Verhältnis entspricht in keiner Weise dem Verhältnis der beiden Körper im Blute. In denjenigen Formen, welche nicht mit Insuffizienz der Nieren einhergehen, ist die Globulinziffer niedrig (10—15% des Gesamteiweißes). Nimmt der Globulingehalt zu bei gleichbleibenden Ernährungsverhältnissen des Kranken, so ist immer eine Verschlimmerung zu befürchten. Im allgemeinen bedeutet Globulinvermehrung einen kongestiven Zustand der Niere. Bei Niereninsuffizienz ist der Globulingehalt sehr vermehrt und macht oft mehr als die Hälfte des Gesamteiweißes aus. Diese Änderung trifft oft mit einer Modifizierung der Gerinnungsfähigkeit zusammen. Solche Urine gerinnen oft nicht in der Hitze, wenn eine zu große Essigsäuremenge zugesetzt wird. Die Löslichkeit des Eiweißes in Essigsäure ist infolgedessen nicht immer von so günstiger Prognose als man gemeinhin annimmt. A. Gunsett-Straßburg.

Die irregulären intermittierenden Albuminurien, von Rathery. (Paris méd., 1912, Nr. 26.) Man versteht unter diesem Namen diejenige Albuminurie, bei welcher das Eiweiß diskontinuierlich innerhalb 24 Stunden gefunden wird, während bei der rezidivierenden Albuminurie das Eiweiß während eines oder mehrerer Tage ganz fehlen kann. Sie ist immer ein Beweis einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Niere und mahnt zu einer systematischen Untersuchung der während 24 Stunden fraktioniert aufgefangenen Urinmengen, da bei Untersuchung des Gesamturins von 24 Stunden eine geringe Eiweißausscheidung der Untersuchung entgehen kann. A. Gunsett-Straßburg.

Resultate der Behandlung der orthostatischen Albuminurie und der infantilen Urininkontinenz betrachtet als Tuberkelbazillenerkrankungen, von Gonzalez Tanago und Jose Pedraja. (Rev. clin. Madrid, 1911, Nr. 23.) Die Verfasser glauben, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle von orthostatischer Albuminurie und infantiler Inkontinenz um eine tuberkulöse Erkrankung handelt, und daß man diese Kranken am besten mit Tuberkulin behandelt. Die Tuberkulinbehandlung soll eine reichliche sein und soll auch noch nach der Heilung zur Vermeidung von Rezidiven fortgesetzt werden. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die Alkaptonurie, von A. Gouget. (Presse méd., 1912, Nr. 59.) Eine literarische Besprechung unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Fälle. In der französischen Literatur sind nur zwei Arbeiten über dieses Thema bekannt, 1. von Triboulet und Bougault, 2. von Garnier und Voirin.

A. Gunsett-Straßburg.

Über eine seltene Modifikation des Urins (Alkaptonurie), von H. Triboulet. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 31.) Es handelte sich um ein acht Monate altes Kind, bei welchem außer etwas Erythem der Genitalien ein Urin konstatiert wurde, der hell gelassen beim Stehen dunkel wurde und die Windeln schokoladenbraun färbte. Die chemische Untersuchung ergab eine Alkaptonurie.

A. Gunsett-Straßburg.

Über Hämaturie, von J. W. Miller-Cincinnati, Maxwell L. Volk-New York. Albert M. Bell-Brooklyn u. a. (New York med. journ., 25. Mai, 8. und 15. Juni 1912.) Als Sieger eines Preisausschreibens, das die Redaktion des New York med. journ. über das Thema „Hämaturie" erließ, ging J. W. Miller hervor, über dessen Arbeit hier kurz berichtet sei, während eine ganze Reihe weiterer Arbeiten, die einliefen, wegen der Ähnlichkeit des Inhalts füglich übergangen werden können. M. unterscheidet als Ursache resp. Sitz einer Hämaturie folgende vier Arten: a) vom Penis stammende, wie Striktur (Blut stark fließend), Injektion reizender Flüssigkeiten (Blut gewöhnlich mit Urin vermischt) und Trauma (Blut in Tropfen oder mit Urin vermischt); b) von der Prostata herrührend infolge von akuter blennorrhoischer Prostatitis, oder von akuter, mit Prostatahypertrophie verbundener Prostatitis (Blut kann unabhängig von der Miktion oder gemischt mit Urin kommen); c) von der Blase stammend infolge von akuter Zystitis oder Trigonitis (blennorrhoischer), von Stein, Papillomen, Karzinom, Tuberkulose (selten) und d) von der Niere infolge von akuter Nephritis, wobei aber Blutung gewöhnlich mit anderen Symptomen verbunden ist (mit Albuminurie, Ödemen usw.), Nierensteinen (beinahe konstant, oft einer Nierenkolik folgend), von einem Trauma, maligner Erkrankung und Tuberkulose, wobei aber die Blutung nichts Charakteristisches hat. Andere Ursachen von Hämaturie sind gewisse Allgemeinkrankheiten, wie Skorbut und Purpura, Arzneimittel, in giftigen Dosen gegeben, wie Terpentin und Kanthariden, und fieberhafte Krankheiten, wie Malaria und Scharlach! Nach genauer gestellter Diagnose muß sich die Behandlung strenge an die ursprüngliche Krankheitsursache anlehnen, die M. in kurzen Zügen nach den vier hauptsächlichen ätiologischen Punkten wiedergibt.

Stern-München.

Die Hämaturien infolge Erkrankung der Umgebung, von A. Gouget. (Presse méd., 1912, Nr. 49.) Eine literarische Studie über Hämaturie bei Appendizitis, Cholezystitis und sterkoralen Tumoren. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Verblutungstod aus der rechten Niere bei Agenesie der linken, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der essentiellen Hämaturie, von H. F. Brunzel-Braunschweig. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., Bd., 119, 1—2.) Kasuistik. Schourp-Danzig.

Über die Haemoglobinuria e frigore, von Giuseppe Betti-Mailand. (Morgagni, 1912, Nr. 6.) Es handelte sich um einen typischen Fall bei einem 41jährigen Manne, bei dem der ganze Zyklus: Kältegefühl, periphere Vasokonstriktion und Polyurie, Hämoglobinämie, Albuminurie, Hämoglobinurie in regelmäßiger zeitlicher Folge bei jedem Anfall zu beobachten war. Zugleich mit dem ersten blutigen Urin stellte sich jedesmal bedeutende Temperaturerhöhung bis 39° ein.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Eigenartige Kombination von paroxysmaler Hämoglobinurie mit Nierenschädigung, von FRITZ TEDESKO-Wien. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 38.) Es handelte sich in dem beobachteten Falle um einen 31jährigen, aus gesunder Familie stammenden polnischen Juden; ätiologisch konnte trotz genauer Beobachtung nichts festgestellt werden, so daß der Verfasser vorläufig daran festhält, daß die primäre Nierenschädigung den Anstoß zur Entwicklung des hämoglobinurischen Symptomenkomplexes gegeben hat. W. Lehmann-Stettin.

Erwiderung auf die Bemerkungen RIBBERTS zu meiner Mitteilung über die Histologie der Niere bei Hämoglobinurie, von JOHN WILLOUGHBY MÜLLER-Gießen. (Zentralbl. f. allg. Pathol., Bd. 23, Nr. 11.) MILLER hat früher behauptet, daß die einzige beim Menschen in Betracht kommende Quelle für die Blutfarbstoffausscheidung bei Hämoglobinurie das Epithel der Tubuli contorti erster Ordnung und der HENLEschen Schleifen ist. Dieser Ansicht trat RIBBERT gegenüber mit der Behauptung, daß das Hämoglobin durch die Glomeruli eliminiert werde. MILLER hat Gelegenheit gehabt, in der letzten Zeit noch einen Fall menschlicher Hämoglobinurie zu untersuchen, und hält danach die oben angeführte Behauptung in vollem Umfang aufrecht. Fendt-Wiesbaden.

Die Oxalurie und ihre Behandlung, von FINCK-Vittel. (Monde méd., 25. April 1912.) Behandlungsschema. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Oxaluria dolorosa, von B. G. R. WILLIAMS-Illinois. (Med. Record, 11. Mai 1912.) Verfasser hat eine Reihe von Fällen gesehen, in denen anfallsweise auftretende Schmerzen des Harntraktus für Steine, insonderheit für Uretersteine gehalten worden sind. Er hat bei genauer Untersuchung gefunden, daß oxalsaurer Kalk oft in solch enormer Menge ausgeschieden wird, daß die Kristalle imstande sind, eine mechanische Reizung der Schleimhäute hervorzurufen. In solchen Fällen ist der Urin gewöhnlich sehr stark sauer; in solchem Urin kommt es zu außerordentlich rascher Präzipitation und dadurch zu unvollkommenen Kristallformen, so daß bei der mikroskopischen Untersuchung nicht die gewöhnlichen Sargdeckelkristalle gefunden werden, sondern feine, scharfe Nadeln verschiedener Größe und Form. Obwohl wir wissen, daß gewisse Früchte oder Gemüse meist die Ursache sind, daß Oxalsäure in großen Mengen aus den Nieren ausgeschieden wird, so gibt es doch sicher auch Fälle, in denen von einer wirklichen idiopathischen oxalsauren Diathese gesprochen werden muß. Da die Schmerzanfälle außerordentlich heftig sein können und selbst Blutungen auftreten, ist es sehr wohl erklärlich, daß bei solchen Patienten zunächst an Steine gedacht wird. Die mikroskopische Untersuchung, die stets mit frisch gelassenem Harn vorgenommen werden muß, zeigt, daß die roten Blutzellen außerordentlich wohl erhalten sind, daß Leukozyten wohl stets fehlen, ebenso Blutschatten. Ferner pflegt der Sitz des Schmerzes außerordentlich häufig zu wechseln; die Entscheidung gibt aber immer das Röntgenverfahren. Wenn im Urin oxalsaurer Kalk nachgewiesen wird, so muß ein eventuell vorhandener Stein auch zu einem mehr oder weniger großen Teil aus solchem bestehen, und da gerade solche Steine einen außerordentlich intensiven Schatten geben, wird bei genauer Untersuchung ein Stein, wenn vorhanden, auch mit Röntgenstrahlen zu finden sein.

Bei solchen Patienten müssen Nahrungsmittel, die Oxalsäure oder Substanzen, die in Oxalsäure im Körper umgewandelt werden, enthalten, strikt vermieden werden. Insonderheit Apfelsinen, Äpfel, Trauben, Tomaten, Rhabarber, Rüben, Kohl, Bohnen, Spargel, Sellerie usw. Zu gleicher Zeit muß versucht werden, die hohe Azidität des Urins herabzusetzen, nicht aber den Urin alkalisch zu machen, da ein gewisser Grad

Digitized by Google

von Azidität notwendig ist, um die Kristalle des oxalsauren Kalks in Lösung zu halten. Es wird darum in jedem einzelnen Falle notwendig sein, an der Hand genauer Urinkontrollen eine bestimmte individuelle Diät festzusetzen. Kohlensäurehaltige Wässer sind stets zu meiden. Manchmal erscheint es praktisch, doppeltphosphatsaures Natrium innerlich zu geben. W. Lehmann-Stettin.

Über den Nachweis der Pentosen in diabetischen Harnen, von Adolf Jolles-Wien. (Centralbl. f. inn. Med., 1912, Nr. 28.) Die Methode erlaubt bei Abwesenheit von Medikamenten in Harnen mit sehr hohem Dextrosegehalt selbst noch Spuren von Pentosen mit Sicherheit einwandfrei nachzuweisen. Die näheren Details müssen im Originale eingesehen werden. A. Gunsett-Straßburg.

Reis in der Diät der Diabetiker, von Heinrich Stern-New York. (Med. Record, 29. Juni 1912.) Da Reis nur den sechsten Teil der Kaliumverbindungen anderer Zerealien enthält, erregt er im Organismus weit weniger das Verlangen nach Kochsalz, und ist deshalb ein diabetisches Nahrungsmittel, welches den Nieren ein gut Teil Exkretionsarbeit erspart. Er besteht zum großen Teil aus Kohlehydratstoffen, enthält außerordentlich wenig Fettsubstanzen und mineralische Bestandteile, und ist aus diesem Grunde vom Verfasser dem von Noordenschen Hafermehl vorgezogen worden. Während er es im Anfange besonders Diabetikern gegeben hat, die zu gleicher Zeit an einer Nierenaffektion litten, ist er mehr und mehr dazu übergegangen, Reis überhaupt in den Fällen zu geben, wo die Zufuhr von Kohlehydraten unabweisbar geworden ist; er hat stets den antiazetonischen Effekt erreicht, den er wollte. In Anbetracht der vielen verschiedenen Zubereitungsmöglichkeiten erregt Reis viel weniger leicht Unlustgefühle und läßt sich außerdem in seiner jeweiligen Quantität dem betreffenden Kranken viel genauer zumessen. Verfasser hat recht gute Resultate damit gehabt und empfiehlt Reisdiät eindringlichst.

W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zur Urobilinfrage, von G. Fromholdt und N. Nersessoff. (Ztschr. f. exper. Pathol., 1912, Bd. 11, Heft 3.) Die Verfasser haben durch verschiedene experimentelle Versuche festgestellt, daß Anwesenheit von großen Mengen Bilirubin im acholischen Darm nicht genügend ist, um Urobilin im Harn erscheinen zu lassen.

In keinem Falle läßt sich im Blut Urobilin nachweisen, wenn es im Harn fehlt. In vielen, aber nicht in allen Fällen läßt sich bei starker Urobilinurie im Blut Urobilin nachweisen. In allen Fällen von positiver Urobilinreaktion im Blut kann dieselbe durch Jodzusatz bei alkalischer Reaktion sehr verstärkt werden.

Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Beobachtungen über Urobilinurie in der Tropenpraxis, von Karl Jasti-Hongkong. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. 16, Heft 13.) Das Urobilin entsteht im Darm, hauptsächlich im Dickdarm, durch die reduzierende Tätigkeit von Bakterien aus dem Bilirubin. Eine weitere Reduktionsstufe bildet das Urobilinogen, ein farbloser Körper; das in den Harn übertretende Urobilinogen wird durch Berührung mit der Luft — also nach der Miktion — sehr bald in Urobilin oxydiert. Aber auch die Möglichkeit einer parenteralen Entstehung des Urobilins ist experimentell erwiesen. Normalerweise wird das Urobilin, das vom Darm in den Gallenkreislauf übertritt, von den Leberzellen abgefangen und wieder in die Gallengänge ausgeschieden. Beim Ikterus fließt die Galle direkt in die Lymphbahnen der Leber und damit in den Blutkreislauf. Alle Vorgänge, welche die Leberzellen schädigen oder Gallengänge komprimieren, führen deshalb zur Urobilinurie. Von besonderem Interesse ist die Urobilinurie bei Malaria, bei Alkoholismus, und bei dysenterischen Lebererkrankungen. Urobilinurie ist ein regelmäßiges Symptom des Malariaanfalles,

Digitized by Google

entsteht hier durch den gesteigerten Blutzerfall und Hepatitis. Ferner kann man durch die Reaktion akuten und chronischen Alkoholismus und ebenso die ersten Anfänge der Leberzirrhose diagnostizieren; ferner auch die frühzeitige Erkennung eines Leberabszesses. Die Urobilinurie ist also von hervorragendem Interesse in therapeutischer und diagnostischer Hinsicht. Wilhelm Chrzelitzer-Posen.

Der Harnstoffausscheidungskoeffizient der Nieren, von Balavoine und Onfray. (Presse méd., 1912, Nr. 78.) Die Verfasser geben eine Modifikation und Vereinfachung der Ambardschen Formel zur Bestimmung der Harnstoffausscheidungskonstante, deren genauere Details im Original nachgesehen werden müssen.

A. Gunsett-Straßburg.

Nephritis mit hämorrhagischer Diathese, von Rathery und Dumont. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 28.) Ein junger Mann mit Scharlachnephritis bekam Epistaxis und Zahnfleischblutungen. Bei der Autopsie fand sich eine skleröse Nephritis. Die Blutuntersuchung hatte eine normale Koagulationsfähigkeit ergeben.

A. Gunsett-Straßburg.

Zur Tuberkulose der Nieren, von Max Waldschmidt-Wildungen. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Im Anschluß an einen in der Literatur von Ekehorn veröffentlichten und einen selbstbeobachteten Fall von spontaner Ausheilung einer einseitigen Nierentuberkulose berichtet Verfasser über das Nierentuberkulosenmaterial des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses. Chronische Lokaltuberkulose der Nieren wurde unter ca. 40 000 Leichen 119 mal beobachtet. Außerdem wurden zum Vergleich 100, meist operierte Fälle von Nierentuberkulose der chirurgischen Abteilung hinzugenommen. Im Sektionsmaterial wurde die Erkrankung in 70 % doppelseitig, unter den Lebenden nur in 6 % gefunden. Die Differenz wird dadurch erklärt, daß die Nierentuberkulose in der Regel erst einseitig auftritt. Die Infektion erfolgt wohl immer hämatogen oder metastatisch, nie aber aszendierend entgegen dem Urinstrom. Während nun eine Lokalerkrankung der Niere von einem primären Herde ein seltenes Ereignis ist (unter 40 000 Fällen nur 119 mal), ist bei Erkrankung der einen Niere die andere sehr stark gefährdet, und zwar wahrscheinlich durch die Gefäßanastomose der beiden Kapseln. Spontan oder durch innere Mittel (Tuberkulin) geheilte Fälle sind mit großem Mißtrauen zu betrachten, da sie wiederholt nach Jahren noch als nicht geheilt festgestellt werden konnten. Die einzig sichere Behandlung sei daher lediglich die frühzeitige Operation, falls die andere Seite als gesund nachgewiesen werden könnte, was möglich sei. Bei allen tuberkulösen Harnbeschwerden, auch den nach Nephrektomie zurückbleibenden, wirkt oft vorzüglich eine wiederholte Wildunger Kur. H. Lautsch-Graudenz.

Bemerkungen zu den operativen Indikationen der Nierentuberkulose: Die Bestimmung des funktionellen Wertes der zweiten Niere bei Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus, von Ch. Lenormant. (Presse méd., 1912. Nr. 51.) Der Verfasser bespricht die in einem solchen Falle sich allein bietenden Möglichkeiten: 1. Ureterenkatheterismus nach einer Sectio alta, 2. Ausschließung der kranken Niere durch temporäre Kompression ihres Ureters, so daß man dann in der Lage ist, den Urin der anderen Niere zu untersuchen, und 3. direkte Untersuchung der gesunden Niere durch Freilegung. Indikationen und Gegenindikationen dieser drei Möglichkeiten werden eingehend besprochen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Nierenruptur, von Legueu. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 35.) Kasuistischer Beitrag. Vollständige Zerreißung einer Niere in zwei Teile, die beide bei der Operation voll miliarer Abszesse gefunden wurden. Nephrektomie. Heilung.

A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Einseitige Nierenläsionen und Urämie, von CASTAIGNE. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 25.) In drei Fällen von einseitiger Nierenläsion (Hydronephrose bei Wanderniere, Pyonephrose nach Stein und einfache Pyelonephritis) waren zu gleicher Zeit urämische Erscheinungen aufgetreten, welche nach Entfernung der Niere aufhörten. Dies war auf eine konkomitierende Entzündung mit Eiweißausscheidung in der gesunden Niere zurückzuführen, welche nach Entfernung der kranken Niere heilte. Der Verfasser glaubt, daß die zerstörte Nierensubstanz nach ihrer Resorption eine toxische Wirkung auf die gesunde Niere ausübt. Es gelang ihm, diesen Zustand auch auf experimentellem Wege zu erzeugen. A. Gunsett-Straßburg.

Experimentelle Beiträge zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum, von H. SIEBER-Berlin-Pankow. (Ztschr. f. gynäk. Urol., Bd. 3, Heft 6.) Auf Grund verschiedener Tierversuche entscheidet sich Verfasser, was die Entstehungsweise der Harninfektion in der Mehrzahl der Fälle betrifft, für den hämatogenen, sogenannten deszendierenden Typus der Infektion, im Gegensatz zu dem aszendierenden, von der Blase fortgeleiteten. Fendt-Wiesbaden.

Über primäre Kolipyelitis, von FRIEDRICH MEYER-BETZ-München. (Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. 106.) Die primäre Kolipyelitis ist in ihrer Bedeutung und Häufigkeit noch nicht lange bekannt.

Der Infektionsweg ist ein dreifacher: der gleiche wie bei der sekundären Infektion, die Blutbahn und die Lymphbahn. In allen drei Fällen sind disponierende Hilfsursachen nötig, um die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen.

Die pathogene Eigenschaft des Bact. coli ist in der Hauptsache im Organ zu suchen, nicht im Bakterium selbst. Die Darmwand ist immun; von den übrigen Organen ist unter der Voraussetzung, daß dauernd einzelne Kolibazillen die Darmwand passieren, ebenfalls eine gewisse erworbene Immunität zu erwarten, am wenigsten vom Nierenbecken, an dem die wenigen die Nieren passierenden Keime mit dem Harnstrom nur vorbeigeführt werden — damit ist eine Organdisposition gegeben. Hilfsursache: jede Harnstauung.

Ein weiteres disponierendes Moment bildet die Obstipation. Neuere röntgenologische Untersuchungen haben dargetan, daß gerade in der Flexura coli dextra, also in nächster Nachbarschaft der rechten Niere, mit Vorliebe der Darminhalt sich anstaut, wodurch eine Überwanderung von Kolibazillen auf dem Lymphwege vom Darm zur Niere erleichtert wird (rechtes Nierenbecken am häufigsten befallen!).

Verfasser schreibt dann über die Immunkörper des Blutes (Agglutinine), über seine Untersuchungen über Serumbakterizidie, über Autovakzinetherapie und über das Wachstum des Bacterium coli im Harn.

Hierauf baut er dann seine Diätetik und Therapie auf: medikamentöse Behandlung (Urotropin, Hetralin, Salizylsäure) mit Übersäuerung und Konzentration des Urins. Maximilian Franz-Dresden.

Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper, von F. BODE-Homburg v. d. H. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Bei einer 50jährigen ledigen Person, die längere Zeit geistig abnorm gewesen war und wenige Tage nach der Aufnahme im Krankenhaus unter Zeichen hochgradiger Urinbeschwerden zugrunde ging, fand B. bei der Sektion in der Scheide eingezwängt einen abgebrochenen pilzförmigen Schirmgriff, der im Laufe der Zeit an der einen Stelle eine Stenose, an einer anderen einen Einriß am Ureter hervorgerufen hatte. Bei den entstandenen Verwachsungen und Schrumpfungen wäre eine Operation jedenfalls undurchführbar gewesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

e. Labien, Vagina usw.

Die sexuelle Abstinenz bei Frauen, von Ch. Fouquet. (Bull. soc. franç. de prophyl. san. et morale, 1912, Nr. 2.) Verfasser bespricht die verschiedenen auf der vorjährigen Jahresversammlung der Ges. z. Bek. der Geschlechtskr. ausgesprochenen Meinungen über dieses Thema. Es geht daraus hervor, daß die Frau ebenso wie der Mann das Geschlechtsbedürfnis hat, doch entwickelt es sich später. Nervöse Erkrankungen (Schlaflosigkeit, Reizbarkeit usw.) als Folge sexueller Abstinenz sind beobachtet worden, doch scheinen sie nur bei neuropathisch veranlagten Individuen vorzukommen. Richard Frühwald-Leipzig.

Völliger Mangel der Vagina, von Wm. Fordyce. (Edinburgh Journ., Aug. 1912.) Ein 19 jähriges, epileptisches, schlecht entwickeltes, noch nicht menstruiertes Mädchen kam wegen starker Schmerzen im Unterleibe, die sich seit einem halben Jahre alle vier Wochen wiederholten, zur Behandlung. Bei der Untersuchung fand man den Bauch etwas aufgetrieben und sehr druckschmerzhaft. Das äußere Genitale erschien normal, doch sah man keine Vaginalöffnung; per rectum fühlte man eine weiche Schwellung, die für zurückgehaltenes Blut in einem Blindsacke der Vagina gehalten wurde. Es wurde der Versuch gemacht, eine künstliche Vagina zu machen und dem Blute Abfluß zu verschaffen, doch stellten sich nach vier Wochen dieselben Schmerzen wieder ein. Deshalb wurde die Laparotomie gemacht, wobei man die Bauchhöhle und das Becken mit dunklem, flüssigem Blute angefüllt fand. Es bestanden keine Adhäsionen, das Peritoneum war dunkel gefärbt. Der Uterus war leicht ausgedehnt, die rechte Tube kurz, gerade verlaufend, erweitert, und aus dem Fimbrienende tropfte Blut. Bei Kompression des Uterus entleerte sich viel Blut aus der Tube in die Bauchhöhle. Es wurde ein neuerlicher Versuch, dem Blute Abfluß zu verschaffen, gemacht, doch abermals vergeblich. Es mußte wieder zur Laparotomie geschritten werden, wobei sich dieselben Verhältnisse wie früher fanden. Nun wurden die Ovarien entfernt, doch traten nach einem Monat die Schmerzen in erhöhter Intensität auf, die zu neuerlicher Eröffnung der Bauchhöhle zwang. Der Uterus war stark vergrößert und gespannt, entleerte auf Inzision reichlich Blut; nun wurde er entfernt. Dabei zeigte sich, daß der Tumor, der früher als Blindsack der Vagina angesprochen worden war, die erweiterte Zervix war, während eine Vagina völlig fehlte. Besonders bemerkenswert ist in diesem Falle das Regurgitieren des Menstrualblutes durch die Tube in die Bauchhöhle, das Fortbestehen der Menses nach Entfernung beider Ovarien, sowie der völlige Mangel der Vagina bei völlig normalen inneren Genitalorganen. Richard Frühwald-Leipzig.

Pubertas praecox, von T. Verebély-Budapest. (Orvosok Lapja, 1912, Nr. 10.) Das sechsjährige Mädchen entwickelte sich bis zum fünften Lebensjahre vollkommen normal. Um diese Zeit traten jeden Monat Genitalblutungen auf und einige Monate später fing der Bauch an zu wachsen, ferner traten noch sonstige Symptome der weiblichen Reife auf. Bei der Aufnahme war das Kind eine nach jeder Hinsicht entwickelte Miniaturjungfrau. Das Kind war um 10 cm größer, als Kinder in diesem Alter durchschnittlich sind. Die Brüste waren zitronengroß, hatten Drüsen und emporragende pigmentierte Warzen. Die Achselhöhle war genügend behaart, ebenso die Genitalien. Gedunsene, dicke, pigmentierte Labien, weite Vagina, durch deren runde Hymenöffnung die digitale Untersuchung leicht vorgenommen werden kann. Eine tiefe Altstimme, eigentümliches Benehmen, bei dem die Koketterie geschlechtsreifer Frauen mit der Unbeholfenheit des Kindes vereint war. Die Menstruation ging mit reichlicher Blutung vor sich. Die Operation stellte ein reich-

Digitized by Google

geädertes, konsistentes Ovarialsarkom fest, die Größe des Uterus entsprach dem einer 18—19 jährigen Frau, das rechte Ovarium war intakt. Seit der Salpingo-ovariektomie, die glatt verlief, ist ein halbes Jahr verstrichen, und während dieser Zeit ist aus der Jungfrau wieder ein Kind geworden. Die Blutungen fielen aus, die Haare fielen aus, die Brüste wurden flach, nur die tiefe Stimme blieb zurück. Verfasser fand in der Literatur in 126 Fällen beiderlei Geschlechts in 5 Fällen genitale Geschwülste. Bei zwei Mädchen oben beschriebene ähnliche Umwandlung.

Porosz-Budapest.

Zur trocknen Behandlung des weißen Flusses, von Otto Wille-Braunschweig. (Med. Klinik, 1912, Nr. 5.) Wille empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Trockenbehandlung des Fluor, auch des blennorrhoischen, und zwar besonders mit Bolus alba, Talkum und Lenicetstreupulver; dabei schränkt er die Zahl der Irrigationen sehr ein, ohne dieselbe ganz zu verwerfen. Der Spülflüssigkeit setzt W. gern Medikamente (Cupr. sulfur., 25%ige Lösung, 1—2 Teelöffel auf einen Liter Wasser, oder einen halben Eßlöffel Alaun bei), während er bei der Pulverbehandlung von medikamentösen Zusätzen abgekommen ist. Zur bequemen Applikation des Puders empfiehlt W. ein kleines Instrument „Siccotubus". Preis 1 M.

Lasch-Breslau.

Phagedänisches tuberkulöses Vulvageschwür, von M. J. Brault. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 24.) Ein 7 jähriges Mädchen aus gesunder Familie und selbst mit gesunden Organen leidet über ein halbes Jahr an einem Geschwür, welches die Nymphen, Labien und Klitoris allmählich befallen hat. Der Grund ist körnig, im Eiter Streptokokken und Pyozyaneus. Bei der Untersuchung eines exzidierten Stückes wurden massenhaft Tuberkelbazillen bei nicht charakteristisch tuberkulösem Granulationsgewebe gefunden. Eine Übertragung auf Meerschweinchen geht an. Die Wassermann-Reaktion war negativ. Das Kind stirbt an Peritonitis. Sektion hat nicht stattgefunden.

Werther-Dresden.

Paraffininjektionen bei Harninkontinenz nach Harnröhrenverletzung, von E. H. Eising-New York. (Med. Record, 27. April 1912.) In zwei Fällen, in denen bei jungen Frauen im Anschluß an eine Geburt Harninkontinenz auftrat, wurden seit Jahren die verschiedensten Versuche zur Behebung derselben gemacht, auch operative Eingriffe, ohne daß ein Resultat erreicht worden wäre. Verfasser hat parallel und entlang der Urethra Paraffininjektionen vorgenommen, die in beiden Fällen das Harnträufeln beseitigten.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung gynäkologischer Hauterkrankungen mittels Röntgenstrahlen, von E. Runge-Berlin. (Münch. med. Wochschr., 1912, Nr. 29.) Zur Behandlung kamen als Grundlage für diesen Bericht sieben Fälle von Pruritus vulvae, zwei Fälle von Ekzema vulvae als Folge von Leukorrhöe und ein Fall von Kraurosis. Bei der ersten Gruppe wurden ausgezeichnete Resultate erzielt, und auch bei den zwei Ekzemfällen scheint die Bestrahlung die Heilung ganz wesentlich gefördert zu haben; dagegen war nach anfänglichem Abheilen der Ulzerationen bei dem Kraurosisfall schließlich der Zustand, abgesehen von einer sehr markierten Besserung des Juckreizes, unbeeinflußt geblieben. Verfasser verwendete ziemlich harte (7 bis 9 Wehnelt) Röhren mit einer Belastung von 1,5—2 MA. und gibt eine Bestrahlung von vier Holzknecht-Einheiten unter Verwendung der Sabouraud-Noiré-schen Pastillen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Blennorrhöe und Komplikationen.

Ein Beitrag zur Infektion mit dem Mikrococcus blennorrhoeae (Neisser), von Karl Rotky-Prag. (Wien. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 31.) In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um eine durch Gonokokken verursachte allgemeine Infektion mit pyämischen Charakter bei einer 40jährigen Frau. Die Frau war drei Wochen vor ihrem Tode mit hohem Fieber und den Zeichen einer akuten hämorrhagischen Nephritis erkrankt, worauf sich Erscheinungen akuter Entzündung an verschiedenen Gelenken eingestellt hatten. Die Sektion ergab neben einer multiplen exsudativen Arthritis eine diffuse hämorrhagische Nephritis und geringen weichen Milztumor als Hauptbefund und als Ausdruck der allgemeinen Infektion, die die klinischen Erscheinungen befriedigend erklärte.

Die nachgewiesenen Veränderungen in der Urethra und am Vestibulum vaginae (Vaginitis und Urethritis), die histologisch in bezug auf das Alter des Prozesses im allgemeinen mit den Veränderungen in den Gelenken übereinstimmten, lassen es im mitgeteilten Falle fast sicher erscheinen, hier den Ausgangspunkt der allgemeinen Infektion zu suchen, wenngleich es nicht mehr gelungen war, in den histologischen Präparaten der Urethra und des Vestibulums sicher Gonokokken nachzuweisen.

W. Lehmann-Stettin.

Kultur der Gonokokken aus dem Blute, von C. Rey. (Lyon méd., Bd. 118. S. 1169.) Zur Züchtung der Gonokokken nimmt R. den nicht neutralisierten Urin eines Gesunden und versetzt ihn mit 1%igem Pepton. Die Lösung wird sterilisiert, in Reagenzröhrchen gefüllt und beschickt. Im Brutofen bei 37° wird die Flüssigkeit trübe, und man findet typische Gonokokken. Verfasser hat bei 20 Kranken, bei denen der Verdacht auf Gonokokkämie bestand, dieses Kulturverfahren angewendet und nur ein negatives Resultat gehabt. Er empfiehlt daher diese Methode sehr warm.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über eine Modifikation der Gramfärbung, besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose, von Vilh. Jensen-Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr., 1912. Nr. 35.) Verfasser empfiehlt für die alte Gram-Färbung mit den wenig haltbaren Farbstoffreagentien eine beizenfreie ½%ige wäßrige Methylviolettlösung, eine etwas verstärkte Jodjodkaliumlösung und Nachfärbung mit einer 1%igen Neutralrotlösung. Sichere und klare Färbungen. H. Lautsch-Graudenz.

Die blennorrhoischen Allgemeinerkrankungen, von Karl Zieler-Würzburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 6.) Von allen Theorien über das Zustandekommen blennorrhoischer Allgemeinerkrankungen hat nur die eine Gültigkeit, welche dieselben auf Metastasierung der in die Blutbahn übergetretenen Gonokokken schiebt. Daran ändert auch der oft negative Ausfall des Kulturverfahrens nichts. Ausgangspunkt einer Allgemeinerkrankung kann jede blennorrhoisch erkrankte Schleimhaut werden, und jede Schädigung (z. B. ungeeignete Behandlung oder Exzesse), die den bestehenden blennorrhoischen Prozeß an einem eigentlichen Herde verschlimmert, kann zu Allgemeinerkrankungen führen.

Eine ausführliche Besprechung der interessanten Arbeit in bezug auf die klinischen Symptome, Prognose und Therapie kann hier leider nicht stattfinden, und es sei nur in Kürze erwähnt, daß bei allen in Betracht kommenden Erkrankungen — sei es Endokarditis, Affektion der Gelenke, Knochen, Sehnenscheiden, Haut usw. — unsere Therapie eine wesentliche Bereicherung mit der Einführung des Vakzineverfahrens erhalten hat. Wenn Zieler auch Impfen mit Autovakzine für besonders erstrebenswert hält, so sind seine Erfolge mit Arthigon (Bruck) und

Digitized by Google

REITER-Vakzine ebenfalls, besonders bei akuten Prozessen, sehr günstig, während die chronisch und torpid verlaufenden Fälle sich anscheinend weniger für spezifische Behandlung eignen. Zum Schluß betont ZIELER energisch, daß jede, möglichst bald nach Beginn der Schleimhautblennorrhöe eingeleitete sorgfältige antiseptische Behandlung nicht nur am meisten geeignet ist, das Entstehen von Allgemeinerkrankungen zu vermindern, sondern daß dieselbe auch bei bestehenden Allgemeinerkrankungen, wenn auch in maßvoller und vorsichtiger Weise weitergeführt werden muß. Lasch-Breslau.

Die nervösen Manifestationen der blennorrhoischen Infektion und ihre Pathogenese, von L. MARTINOTTI. (La clin. med. ital., 1912, Nr. 11.) Am häufigsten werden die blennorrhoischen Neuralgien und Neuritiden, dann die Myelitiden beobachtet, die übrigen Komplikationen (psychische, zerebrale, funktionelle) sind viel seltener. Zur Erklärung ihrer Pathogenese nimmt man heutzutage hauptsächlich an, daß es sich um eine spezifische Toxinwirkung handelt. Dies ist um so wahrscheinlicher, als man experimentell nachweisen konnte, daß die Gonokokkentoxine im Nervensystem der Versuchstiere ein besonders empfindliches Angriffsobjekt finden. Bei den Hautläsionen ist es nicht sicher, ob es sich um eine direkte Toxinwirkung handelt, oder ob sie durch Vermittlung des Nervensystems zustande kommen. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von rapid verlaufender Gonokokkämie mit akuter Leberatrophie, von Dr. WEITZ-Hamburg. (Med. Klinik, 1912, Nr. 5.) Die Krankengeschichte des vorliegenden Falles ergibt sich aus dem Titel: Infektion eines 19jährigen Mannes Ende August; anfänglich normaler Verlauf, nach 4 Wochen ganz plötzliche Verschlimmerung; Ikterus, Benommenheit, in 3 Tagen Exitus letalis. Es gelang, aus dem Blute massenhafte Gonokokkenkulturen (zirka 20000 aus 15 ccm Blut) zu erhalten. Die allgemeine Überschwemmung des Organismus mit Gonokokken hatte zum Exitus durch Sepsis geführt, ehe, abgesehen von der Urethra und Blase, sich irgendwo Gonokokkenherde etabliert hatten. Interessant ist auch der bei der Sektion sich ergebende Befund von akuter Leberatrophie; die Leberzellen waren infolge der schweren toxischen Wirkung der massenhaft im Blute kreisenden Gonokokken in wenigen Tagen zugrunde gegangen. Lasch-Breslau.

Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem blennorrhoischem Exanthem, von HODARA-Konstantinopel. (Gaz. méd. d'Orient, 1912, Nr. 4.) Ein 25jähriger Soldat wurde ins Spital aufgenommen mit einem Exanthem, das aus erythematösen, annulären und polymorphen Plaques bestand und am Thorax, im Gesicht und an den Extremitäten lokalisiert war. Temperatur 39,4. Zwei Tage später breitete sich das Exanthem über den ganzen Körper aus und wurde bullös mit eitrig-hämorrhagischem Inhalt der Blasen. Das Gesicht war rot und ödematös. Es bestand Konjunktivitis. Die Blasen trockneten zu Krusten ein, und die Plaques schilferten allmählich ab. Die Temperatur hielt sich auf 39° elf Tage lang bei starkem Ergriffensein des Allgemeinbefindens. Die Ursache dieses Erythems blieb unbekannt bis zum achten Tage, wo es dem Verfasser gelang, Diplokokken aus dem Blut zu züchten, welche als Gonokokken erkannt wurden. Solche wurden auch in der Urethra gefunden. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Blennorrhöeseptikämie mit tödlichem Ausgang, von GILLMAN MOORHEAD-Dublin. (Med. Press. a. Circ., 3. April 1912.) Allgemeine Sepsis im Anschluß an eine Blennorrhöe bei einem 22jährigen Manne; Tod; Autopsie fand nicht statt. Obwohl weder vom Blut noch aus der Harnröhre Gonokokkenkulturen gewonnen wurden, also auch an eine sekundäre Streptokokkenseptikämie zu denken

Digitized by Google

ist, betrachtet Verfasser doch nach dem klinischen Verlauf die Erkrankung als Gonokokkeninfektion. Fendt-Wiesbaden.

Periostitis, Lymphangitis, Lymphadenitis blennorrhoica, von ADOLF KEIL-Prag. (Prag. med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.) Bericht über eine im Anschluß an eine Blennorrhöe auftretende Periostitis der Tibia mit Gonitis, die sehr prompt auf zwei Arthigoneinspritzungen in sechs Tagen ausheilte. Zusammenstellung der aus der Literatur darüber bekannt gewordenen Fälle. H. Lautsch-Graudenz.

Keratodermia blennorrhoica, mit Bericht über einen Fall, von FRANK E. SIMPSON-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 24. August 1912.) Die Erkrankung wurde beobachtet bei einem 20jährigen Patienten, der schon seit längerer Zeit an Blennorrhöe und Arthritis blennorrhoica litt. Die Eruption war über weite Bezirke doppelseitig, hauptsächlich symmetrisch verbreitet. Die Mehrzahl der Effloreszenzen bestand aus krustenähnlichen Veränderungen, von denen die kleinsten und anscheinend frischesten 3—4 mm, die größten 1—3 cm im Durchmesser maßen; letztere ähnelten einem Rupiasyphilid, doch fehlte die entzündliche Basis. Der zweite Typus der Effloreszenzen an den Handgelenken, den inneren Malleolen und den Fußsohlen bestand aus konvexen Pusteln mit harten, hornigen Deckeln. Die Epidermis der Fußsohlen und der Handflächen war enorm verdickt. Die Haut des behaarten Kopfes zeigte zahlreiche hornartige Krusten. Die sichtbaren Schleimhäute waren frei. Der Krankheitsverlauf war sehr langwierig; beträchtliche Besserung wurde erzielt durch Resorzinschwefelsalbe.

Nach Verfasser sind bisher 20 Fälle von Keratodermia blennorrhoica, die zuerst 1893 von VIDAL beschrieben wurde, veröffentlicht, die auszugsweise wiedergegeben werden. Fendt-Wiesbaden.

Endocarditis blennorrhagica, von L. GALLAVARDIN, L. CROISIER und C. REY. (Lyon méd., Bd. 118, S. 1165.) Eine 18jährige Patientin hatte eine Blennorrhöe mit Adnexerkrankung. Nach einer Besserung traten artikuläre Erscheinungen auf, die unter entsprechender Behandlung bald schwanden. Dennoch blieb das hohe Fieber bestehen, und es entwickelte sich ein schwerer Allgemeinzustand, der schließlich in einer Endokarditis seine Ursache fand. Die Kranke starb. Sowohl im Blute, wie in den Vegetationen auf der Mitralis wurden typische Gonokokken gefunden. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Ätiologie der Pyosalpinx (mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Befunde), Verfasser nicht angegeben. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Nr. 3.) In 58,8% der Pyosalpingen waren Gonokokken, in 23,5% Streptokokken, in 11,7% Tuberkelbazillen und in 5,8% Staphylokokken nachweisbar. Wurden diejenigen Fälle, bei denen keine Bakterien nachweisbar waren, bei welchen aber aus dem histologischen Verhalten eine Diagnose gestellt werden konnte, mitgezählt, so ergeben sich 85,1% blennorrhoischen Ursprungs. A. Gunsett-Straßburg.

Blennorrhoische Pyonephrose, von FAYOL. (Lyon méd., Bd. 119, S. 470.) 21jähriger Patient leidet seit vier Jahren an Zystitis. Da die Funktionsprüfung der Nieren nicht möglich war, andererseits aber der Allgemeinzustand sich verschlechterte und Oligurie eintrat, wurde operativ eingegangen. Die rechte Niere fand sich fast völlig zerstört, in einen Eitersack verwandelt und wurde deshalb entfernt. Im Eiter fanden sich Gonokokken. Richard Frühwald-Leipzig.

Bericht über einen Fall von Pyelitis blennorrhoica, von LOUIS C. LEHR-Washington. (Journ. amer. med. assoc., 6. Juli 1912.) Nach Verfasser sind etwa 20 Fälle veröffentlicht; sein Fall zeigt die Möglichkeit, daß diese Blennorrhöe-

Digitized by Google

komplikation viel häufiger vorkommen mag, als man nach der kärglichen Literatur glauben sollte. Bei dem Patienten lautete die Diagnose zuerst Blennorrhoea posterior; als aber die übliche Therapie keinen Erfolg hatte, wurde die Zystoskopie vorgenommen. Die Blasenschleimhaut war über ihre ganze Oberfläche entzündet. Aus der linken Ureterenmündung kamen bei jeder Ureterenkontraktion Urin und Eiter. Die Kultur ergab einen GRAM-negativen Diplokokkus. Vakzinebehandlung zeigte keinen Erfolg. Injektionen von geringen Mengen Argyrol- oder Arg. nitr.-Lösungen in das Nierenbecken waren ebenfalls erfolglos. Nach drei Spülungen dieses mit je 200 ccm einer Arg. nitr.-Lösung $^1/_{5000}$—$^1/_{2500}$ war jedoch ein völliger Erfolg zu verzeichnen. Fendt-Wiesbaden.

Die radioaktiven Schlammapplikationen in der Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von DE BEURMANN. (Journ. des pratic., 1912, Nr. 22.) Der Verfasser appliziert den Schlamm möglichst gleich nach Beginn der Erkrankung unter Fortsetzung der Urethralbehandlung und ohne daß der Kranke seine Tätigkeit unterbricht. A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Epididymitis blennorrhoica mit radioaktivem Schlamm, von DE BEURMANN, EUGÈNE REGNAULD und F. COTTIN. (Bull. méd., 1912, S. 544.) Die Verfasser umgeben das mit Vaseline eingefettete Skrotum mit einer dicken Schicht mit Glyzerin versetzten radioaktiven Schlammes, die mittels eines Suspensoriums festgehalten wird. Die Schmerzen verschwinden bald, die Schwellung geht rasch zurück und auch die Induration resorbiert sich bei genügend langer Behandlung Je früher die Therapie begonnen wird, desto besser das Resultat.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica mit Gonokokkenvakzine (Arthigon), von NIKOLAUS BUTEAU-Budapest. (Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) Die subjektiven und objektiven Erscheinungen der akuten Nebenhodenentzündung traten auf Arthigoneinspritzungen schnell zurück, das Infiltrat des Nebenhodens gelangte rascher zur Aufsaugung als bei den älteren Behandlungsmethoden. Die Resultate sind um so besser, je früher die Behandlung beim Auftreten einer Entzündung einsetzt, und für die Arthigonbehandlung sind sowohl die fieberhaften als auch die durch Samenstrangentzündung komplizierten Fälle geignet.

Schourp-Danzig.

Die Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung mit Gonokokkenvakzine (Arthigon), von N. BUTEAU-Budapest. (Gyógyászat, 1912, Nr. 70.) G. verordnete außer der Hochlagerung des Hodens bzw. der Anwendung eines Suspensoriums nichts anderes. In der Fieberperiode blieben die Patienten bis zum Aufhören des Fiebers im Bette. Verfasser hat die Injektionen ausschließlich intraglutäal in 30 Fällen vorgenommen. Bei den in der fieberfreien Periode befindlichen Patienten war in den meisten Fällen eine Injektion genügend zur Behebung der spontanen Schmerzen, 2—3 Injektionen zur Beseitigung der Druckempfindlichkeit. Der Nebenhodentumor zeigt schon die ersten Tage nach der ersten Injektion eine bedeutende Verkleinerung ($^1/_3$), im Laufe der weiteren 2—4—5—8 Injektionen gelingt es, den Tumor entweder ganz zum Verschwinden zu bringen oder es bleibt in der Kauda des Nebenhodens ein erbsen- oder bohnengroßer, knorpelharter, muskelähnlicher Knoten zurück. Rezidiv trat nur in einem Falle auf, aber Verfasser sah in mehreren Fällen auf der anderen Seite eine Nebenhodenentzündung auftreten. In einem Falle traten im Zusammenhang mit der Injektion in beiden Unterarmen und Handgelenken heftige Schmerzen (ohne nachweisbare Anschwellung) auf. Das Aufhören der Gelenkschmerzen fiel nach dem Verlauf der durch die

Digitized by Google

Injektion hervorgerufenen Reaktion mit dem Normalwerden der zurückgebliebenen subfebrilen Temperatur zusammen. Bei Funikulitis hören die Schmerzen nach der ersten Injektion auf; die Anschwellung, die Verdickung verschwindet nach zwei bis vier Injektionen. Am Tage nach der Injektion fällt die Abnahme des Ausflusses oder das gänzliche Aufhören (in vielen Fällen das zeitweilige) auf. Trotz der Abnahme des Harndranges bei Urethritis acuta posterior, aber auch des Aufhörens des Ausflusses können noch nach Wochen Gonokokken provoziert werden. Auf der Injektionsstelle treten unmittelbar nach der Injektion Schmerzen auf, die in den Fuß und in die lumbale Gegend ausstrahlen, die nach der Empfindlichkeit des Patienten und nach Dosis von verschiedener Intensität und Dauer sind (6—12 Stunden, 1—3 Tage). Infiltrat bleibt nicht zurück. Die Nebenwirkungen sind: Kopfschmerzen, selten Schüttelfrost, ausnahmsweise das Gefühl der Niedergeschlagenheit, Herzklopfen oder einige Stunden anhaltende Phosphaturie. Nach jeder einzelnen Injektion tritt Fieber auf. Auch der fiebernde Patient reagiert bei einer Dosis von 0,10—0,20 mit hohem Fieber. Von den fieberfreien Patienten reagieren jene stärker, bei denen „Herdreaktionen" auftreten. Bei fieberfreien Patienten fängt Verfasser ohne Furcht mit 0,5 ccm in zwei- bis viertägigen Intervallen an. Um die Reaktionsfähigkeit kennen zu lernen, ist es empfehlenswert, daß man eine Probeinjektion gibt. Mit Arthigon vorgenommene Versuche ergaben ein befriedigendes, sogar ausgezeichnetes Resultat. Die mit der akuten Entzündung einhergehenden subjektiven und objektiven Symptome verschwanden nach kurzer Zeit, das Infiltrat des Nebenhodens wurde unter der Wirkung der spezifischen Therapie verhältnismäßig rascher und vollkommener absorbiert als bei den älteren Behandlungsmethoden. In je frühzeitigerem Stadium der Entzündung die Behandlung begonnen wird, um so besser sind die Resultate. Sowohl die fieberhaften, als auch die mit Funikulitis kombinierten Nebenhodenentzündungen sind für die Vakzination geeignet. Nach dem Verlauf des fieberhaften, akuten Stadiums kann die lokale Behandlung der vorderen und hinteren Harnröhre den Anfang nehmen, und die weitere Vakzination kann auch ambulanter vorgenommen werden. Im Zusammenhang mit der Injektion können Nebenhodenentzündungen auf der anderen Seite oder Trippermetastasen auftreten, die eine allgemeine blennorrhoische Infektion bedingen. Diese aber heilen auf weitere Vakzinationsbehandlung verhältnismäßig schnell genug, ohne Zurücklassung einer Störung. Porosz-Budapest.

Über Mittelohrbeteiligung bei einem Fall von blennorrhoischer Konjunktivitis eines Neugeborenen, von Dalmer-Gießen. (Beitr. z. Augenheilk., H. 81.) Während des schweren Verlaufes stellte sich starke Eiterung aus der Nase und dem linken Ohr ein, die nach Verfasser auf einer Mischinfektion von Gonokokken und Staphylokokken beruhte, eine jedenfalls verhältnismäßig seltene Komplikation der Gonoblennorrhoea neonatorum. Fendt-Wiesbaden.

Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, von A. Lehle. (Münch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.) An der Doederleinschen Frauenklinik in München hat Verfasser vergleichende Beobachtungen über die Verwendbarkeit von Argentum nitricum (2 %), von Argentum aceticum (1,2 %) und Sophol (5 %) für obigen Zweck ausgeführt. Der Höllenstein wurde nach Verwendung bei 25 Neugeborenen wieder verlassen wegen der dabei auftretenden starken Reizungserscheinungen. Das Argentum aceticum lieferte bei 35 % unter 1000 Fällen mehr oder weniger starke Reizerscheinungen, und bei 2,8 % sogar das Bild der eitrigen Konjunktivitis; zweimal waren im Augensekret Gonokokken nachweisbar. Unter den 2500 mit Sophol behandelten Kindern zeigte eins am dritten Tage p. p. eine einseitige Ophthalmoblennorrhöe. Verfasser

Digitized by Google

glaubt, daß dies Auge in Folge von gehäufter Arbeit (15 Geburten in der einen Nacht) mangelhaft behandelt wurde. Bei einer anderen, am sechsten Tage entstandenen Infektion mißt Verfasser der Mutter die Schuld bei. Alle anderen Fälle verliefen günstig; Reizerscheinungen waren bei 8 % zu verzeichnen; sie waren meist ganz leichter Art und nur bei 0,5 % war die Absonderung eitrig. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Ophthalmia neonatorum, von Aaron Brav-Philadelphia. (Ther. Gaz., 15. Okt. 1912.) Der Artikel beschäftigt sich ausschließlich mit der blennorrhoischen Erkrankung des Auges der Neugeborenen und betont die Wichtigkeit und den therapeutischen Wert regelmäßig gewechselter und lange Zeit fortgesetzter kalter Kompressen, die, solange die Kornea noch nicht beteiligt ist, die entzündlichen Symptome außerordentlich rasch herabsetzen. Die Behandlung der Konjunktiva nimmt er meist mit einem kleinen, mit Watte umwickelten Stäbchen in Form der Tuschierung stets selbst und mit Arg. nitr. vor, welch letzteres er allen Ersatzpräparaten: Protargol, Argyrol, Kollargol usw. vorzieht. Sobald die Hornhaut mitbeteiligt ist, sieht er wegen Gefahr der Nekrose von den kalten Kompressen ab und nimmt warme feuchte Kompressen. Die Behandlung von Ulzerationen der Kornea geschieht am besten mit Jodoformpuder, sollte aber stets dem Augenspezialisten überlassen werden.

W. Lehmann-Stettin.

Über das Vorkommen der Prowazekschen Körper in den Follikeln und Papillen des Trachoms, von C. Addario-Palermo. (Centralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. 66, H. 5/6.) Zusammenfassend kommt A. aus seinen mikroskopischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Die Prowazekschen Körper sowie die freien oder extrazellulären Initialkörper kommen auch in dem eigentlichen Gewebe des Follikels und der Papillen des Trachoms vor. Dieser Befund bestätigt die alte anatomische Vorstellung, nach welcher das Trachom eine spezifische proliferative Entzündung der adenoiden Bindehautschicht ist (in Form von Follikeln und Papillen), welche zur Ulzeration und zuletzt zu Zirrhose der Bindehaut führt. Die Prowazekschen Körper sind häufig in den in Entwicklung begriffenen Follikeln sowie Papillen. In den großen und den in Erweichung begriffenen Follikeln fehlen die Einschlüsse mit Initialkörpern und selten ist darin der eine und andere Einschluß mit Elementärkörpern frei geworden und im Begriffe, sich in die einzelnen ihn zusammensetzenden Körner aufzulösen. Beim akuten Trachom werden die Einschlüsse zunächst im Epithel, im zweiten Stadium, sobald die akuten Erscheinungen weichen und die grauen Punkte (follikuläre Keimzentren) durchzuscheinen beginnen, zahlreich auch in den Follikeln und den Papillen angetroffen.

Stern-München.

Über Zelleinschlüsse bei Trachom und Konjunktivitiden, von W. Böing-Berlin. (Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt, 1912, Bd. 40, H. 2.) Die Arbeit enthält im wesentlichen die Bestätigung der Befunde anderer Verfasser. B. fand die Zelleinschlüsse sowohl bei Trachom wie bei anderen Konjunktivitiden; ebenso bestätigt er das Vorkommen von Chlamydozoen noch lange nach der Ausheilung der Blennorrhoea neonat., ist aber auch in der Lage einen Fall zu veröffentlichen, in dem er dieselben bei einer trachomähnlichen Erkrankung eines Säuglings nachweisen konnte, während jeder bakterielle Befund fehlte. Die Entscheidung der Frage, ob wir in den Chlamydozoen die Erreger des Trachoms zu sehen haben und welche Beziehungen zwischen Trachom und Einschlußblennorrhöen bestehen, läßt der Verfasser offen. Bei seinen Impfversuchen gelang es dem Verfasser sowohl bei Impfungen mit Trachom wie mit Blennorrhöematerial, ein dem Trachom ähnliches, klinisches Erkrankungsbild hervorzurufen, nie aber fand er im Gegensatz zu anderen Forschern bei den geimpften Tieren Chlamydozoen.

Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Der blennorrhoische Rheumatismus, von RAMOND. (Consult. méd. franç., 1912, Nr. 43.) Der Verfasser empfiehlt folgende Verhaltungsmaßregeln bei den verschiedenen Formen des blennorrhoischen Gelenkrheumatismus: In ganz akuten Fällen gibt er 2—3 g Natr. salicyl. Dazu lokale Einreibungen mit Methylsalizylat oder Salen, oder mit dem RICARDschen Liniment (Ol. hyoscyami 200, Camphorae, Laudani, Extr. belladonnae, Chloroformi ää 4,0). Hat man damit keinen Erfolg, so geht man zu WRIGHTscher Vakzine oder zur Autoserotherapie über. Besonders letztere hat gute Erfolge aufzuweisen. Sie wird folgendermaßen ausgeführt: Es werden durch Punktion aus der Gelenkhöhle 10 ccm Serum gewonnen und, wenn es klar ist, ohne Sterilisation in die Umgebung des kranken Gelenkes injiziert. Ist es trübe oder eitrig, so wird es zuerst 2 Stunden lang auf 48° erhitzt. Die Injektionen werden jeden 4. Tag bis zur vollständigen Heilung vorgenommen. Außerdem sollen möglichst frühzeitig zur Vermeidung der Ankylose aktive Bewegungen erfolgen. Bei der eitrigen Arthritis wird ebenfalls anfangs immobilisiert, punktiert und Autoserotherapie angewendet. In die Cavitas synovialis oder ins subkutane Zellgewebe wird sterilisierte Luft zu wiederholten Malen injiziert. Bei Mißerfolgen geht man zur Vakzinetherapie, zu interstitiellen oder intraartikulären Radiumsalzinjektionen und zum Antimeningokokkenserum über. Bei Pyarthrose kann auch 3—6 Stunden lang täglich BIERsche Stauung angewandt werden. In chronischen Formen ist die Therapie sehr undankbar. Es kommen Massage, faradischer und galvanischer Strom, Gymnastik, Mechanotherapie, Radiumtherapie, Lichtbäder und heiße Luftdusche in Betracht. Mit Fibrolysin ist wenig Erfolg erzielt worden. Bei Arthritis sicca ohne wahre Ankylose geben Injektionen von steriler Luft bis zu geringer Spannung des Gelenkes, jeden 8. Tag vorgenommen, gute Resultate. Ihre Wirksamkeit ist auf den Umstand zurückzuführen, daß sie die Gelenkwände voneinander entfernen und so die Bewegungen erleichtern und die Schmerzhaftigkeit mildern. A. Gunsett-Straßburg.

Prinzipien bei der Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus, von AUDRY-Toulouse. (Prov. méd., 1912, Nr. 34.) Der Verfasser steht auf dem Standpunkte, daß ohne Heilung der Blennorrhöe keine Heilung der blennorrhoischen Arthritis möglich ist, und daß die übrigen therapeutischen Maßnahmen: Immobilisation, Punktion usw. nur Palliativmittel sind, die ohne Ausheilung der Urethritis wertlos sind.

Lasch-Breslau.

Zur Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus, von E. FULLER-New York. (Med. Record, 15. Juni 1912.) Verfasser hat in fast jedem Falle von sowohl akutem wie chronischem sogen. blennorrhoischen Rheumatismus Affektionen der Samenbläschen gefunden und hat schon seit Jahren eine Inzision der Samenbläschen als Behandlungsmethode angegeben. Er hat jetzt im ganzen 251 Fälle auf diese Weise behandelt und stets gute Resultate gehabt; insbesondere ist der operative Eingriff nie von unangenehmen Konsequenzen begleitet gewesen. Er hat bisher keinen Todesfall dabei gesehen. Er ist übrigens der Meinung, daß beim sogen. blennorrhoischen Rheumatismus der Gonokokkus nur eine sekundäre Rolle spielt oder vielfach gar nicht beteiligt ist; er hat Fälle gesehen, in denen sicher von Blennorrhöe keine Rede sein konnte und in denen die Vesikulitis anscheinend durch Streptokokken hervorgerufen war.

W. Lehmann-Stettin.

Zwei Fälle von blennorrhoischem Rheumatismus mit Gonokokkenvakzine behandelt, von BONNAMOUR. (Lyon méd., Bd. 118, Nr. 25.) Ein Fall wurde bedeutend gebessert, der andere geheilt. Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Therapie und Prognose der Arthritis blennorrhoica, von HEINRICH SCHÜSSLER. (Diss., Kiel 1912.) Die Mitteilungen über die Erfolge mit Stauungshyperämie stimmen in der Anerkennung eines in vielen Fällen günstigen Einflusses überein. Vor-

Digitized by Google

liegende Arbeit will auf Grund einer Nachprüfung die Dauerresultate der angewandten Behandlung sichten und danach die Prognose in allgemeiner wie spezieller Hinsicht bewerten. Die einzelnen Formen der Arthritis blennorrhoica bieten in diagnostischer, therapeutischer und vor allem prognostischer Beziehung weitgehende Unterschiede: Hydrops blennorrhoicus, serofibrinöse Entzündung, Empyem, phlegmonöse Form der Arthritis blennorrhoica, Arthralgie. Das Trauma akuter wie chronischer Art spielt eine große Rolle. Das dürfte auch zum Teil die verhältnismäßig große Beteiligung der Kniegelenke an der Gesamtzahl der blennorrhoischen Gelenkentzündungen erklären (40—50 %). Die Dauer der klinischen Behandlung betrug durchschnittlich 6 Wochen, die der ambulanten wenige Tage bis mehrere Wochen. Resultate der Nachprüfung. Von den 64 Patienten, die von 1900 bis August 1910 in der Kieler Klinik wegen Arthritis blennorrhoica aufgenommen wurden, konnten zwecks Nachprüfung nur 41 brieflich erreicht werden. Die 64 Patienten waren an zusammen 72 Gelenken erkrankt. Das weibliche Geschlecht überwog das männliche bedeutend (42 : 22). Es waren erkrankt: 33 Knie = 45,8 %; 14 Hände = 19,4 %; 11 Füße = 15,3 %; 10 Ellenbogen = 13,9 %; 3 Hüften = 4,2 %; 1 Schulter = 1,4 %. Im Gegensatz zu anderen Statistiken kam nur ein einziges blennorrhoisches Schultergelenk zur Beobachtung, das nicht als frischer Fall aufgenommen wurde und der Behandlung lange trotzte. Die in Heilung entlassene Patientin berichtet über normale Gebrauchsfähigkeit ihres Schultergelenkes. Ellenbogen. Von 10 beobachteten Fällen waren 7 Frauen, 3 Männer; 6 waren monoartikulär, 4 im Verein mit Hand- und Fußgelenken erkrankt. Die Erkrankung des Ellenbogens selbst war stets einseitig. Immer handelte es sich um eine Phlegmone leichteren oder schwereren Grades. Die ersten drei Fälle wurden ohne Stauung behandelt. Die Nachprüfung umfaßte 7 von 8 Patienten, deren Ellenbogengelenk die Hauptstätte der Metastase war; 4 erwiesen sich als geheilt, 3 waren ungeheilt bzw. nur gebessert. Handgelenk. Von 14 Fällen (4 Männer, 10 Frauen) traten 10 monoartikulär auf, die übrigen mit Affektionen des Ellenbogens oder Kniegelenkes gemeinsam. Das Handgelenk selbst war stets einseitig erkrankt und zwar immer in der phlegmonösen Form. Das Behandlungsresultat wurde bei 11 Gelenken kontrolliert, von denen 3 in zweiter Linie erkrankt waren und in der Klinik ausheilten. Von den übrigen waren 5 geheilt, 2 gebessert, 1 ungeheilt. Hüftgelenk. Zwei Männer und eine Frau litten an Coxitis blennorrhoica, ein relativ geringer Prozentsatz der Gesamtzahl der Erkrankungen. Die Koxitis war stets einseitig und monoartikulär, sowie von phlegmonöser Form. Zwei Fälle wurden kontrolliert: der eine drei Wochen nach der Erkrankung in die Klinik aufgenommen, blieb ungeheilt; der andere am dritten Krankheitstage aufgenommen, heilte bei normaler Gelenkfunktion aus. Kniegelenk. A. Hydrops und serofibrinöse Entzündung. Die 11 Patienten (9 Männer, 2 Frauen) waren an zusammen 13 Kniegelenken erkrankt; 4 waren polyartikuläre Arthritiden, ein relativ hoher Prozentsatz, den ebenso wie den häufig subakuten Verlauf und die häufig begleitenden Arthralgien diesbezügliche Mitteilungen nur bestätigen. Von den 13 Fällen konnten nur 5 nachgeprüft werden, von denen 4 geheilt waren, der fünfte war während der Behandlung zur Phlegmone exazerbiert, kann also nicht mitgerechnet werden. Von den nicht kontrollierten Gelenken war eins geheilt entlassen, über zwei weitere lagen Mitteilungen vor, die eine völlige Heilung bekundeten. Unter diesen 7 geheilten Fällen waren alle diejenigen, die man als rein hydropische Formen bezeichnen könnte; unter den gesamten 12 in Betracht kommenden Fällen aber war kein einziger, der nicht als „fast geheilt“ oder „in Heilung“ entlassen worden wäre. B. Paraartikuläre Phlegmonen. Von 20 Phlegmonen (15 Frauen, 5 Männer) traten zwei polyartikulär auf; die Affektion des Knies selbst war stets einseitig. 14 Fälle wurden nachgeprüft:

Digitized by Google

4 waren geheilt; 10 Patienten klagten über Funktionsstörungen oder Schmerzen und Schwellung. Mit Ausnahme eines einzigen Falles wurden sämtliche Phlegmonen des Kniegelenkes später als 8 Tage nach Beginn der Erkrankung eingeliefert, was die schlechte Heilungsziffer erklärlich macht. Von 20 nachgeprüften Kniegelenken wurden 8 (= 40 %) geheilt befunden. Fußgelenk. Von 11 erkrankten Gelenken (10 Frauen, 1 Mann) traten 10 monoartikulär auf; 7 Heilungen bei 8 Fällen. Alle Fälle wurden mit Stauung behandelt. Bei der Betrachtung des Gesamtresultates der Nachprüfung fällt in erster Linie die Inkongruenz zwischen dem Status bei dieser und bei dem der Entlassung auf. Verantwortlich zu machen ist einmal jede noch weiterbestehende Blennorrhöe; geht doch mit dem dauernden Ausfluß oft eine dauernde Schwellung und Schmerzhaftigkeit einher, ganz abgesehen von jenen Gelenken, die typisch rezidivieren. Andererseits muß oft eine sofortige Wiederaufnahme der Berufsgeschäfte in vollem Umfange die nötige allmähliche Anpassung an größere Anstrengungen verhindern, die eine Schmerzhaftigkeit und Schwellung noch nach Jahren verursachen. Umgekehrt bedeutet natürlich auch eine ängstliche Schonung des vielleicht noch etwas steifen und schmerzhaften Gelenkes eine Gefahr für seine Beweglichkeit. Die Rezidivgefahr kann erst als beseitigt gelten, wenn die primäre Genitalaffektion ausgeheilt ist. Für eine erneute Infektion und Metastase ist aber fortan ein Ort verminderter Widerstandskraft vorhanden. Diesen die allgemeine Prognose trübenden Erfahrungen stehen erfreuliche gegenüber. Der in mehreren Fällen möglich gewesene Vergleich zwischen der ersten und zweiten Nachprüfung, sowie die von wenigen Monaten bis zehn Jahren schwankende Zeitdifferenz zwischen Entlassung und Nachprüfung lassen eine deutliche, mit den Jahren fortschreitende Heilungstendenz erkennen, sobald die oben genannten chronischen Schädigungen fortfallen. Die Prognose hängt einmal davon ab, ob die etwa nötige Nachbehandlung durchgeführt werden konnte resp. die notwendige Schonung seitens des Patienten beobachtet wurde oder nicht. Ein zweiter Faktor ist die spezielle Erkrankungsform: der Hydrops ist immer heilbar, die serofibrinöse Entzündung wohl meist. Die Phlegmone mit ihrem den Gelenkmechanismus so akut und schwer schädigenden Charakter eröffnet die ungünstigsten Aussichten, und hier kommt ein dritter Faktor von großer Wichtigkeit hinzu: der Zeitpunkt des Eintritts in die Behandlung, d. h. der Grad des erfolgten Fortschritts des destruktiven Prozesses. Ist erst der Knorpel usuriert und eine Versteifung eingetreten, dann ist eine Mobilisation nicht mehr möglich; so kann es nur noch darauf ankommen, die Gelenke in möglichst günstigster Stellung völlig versteifen zu lassen, eventuell mit Hilfe operativer Maßnahmen. Die Prognose wird also um so günstiger sein, je früher eine Behandlung beginnt und je besser es gelingt, die Phlegmone zu bekämpfen und ihre Folgezustände, die mit der Zeit immer schwerer werden, zu verhindern. Aus den Fällen des Verfassers geht jedenfalls hervor, daß die länger als 8—14 Tage ohne Behandlung gewesenen Gelenke eine wesentlich ungünstigere Prognose bieten als jene, die bereits in der ersten Krankheitswoche der Vorteile der Stauung mit alsbald beginnender Bewegungstherapie teilhaftig wurden. Unter den einzelnen Gelenken wiederum steht das Fußgelenk in prognostischer Hinsicht am günstigsten da (87,5 %); ihm folgen Hand- (72.7 %) und Ellenbogengelenk (66,6 %). Am ungünstigsten schneidet das Kniegelenk mit 40 % Heilung ab. Als Gesamtresultat der Nachprüfung ergibt sich, daß von 51 kontrollierten Gelenken 31 geheilt waren, was einer Heilungsaussicht von 60,8 % gleichkommt. Fritz Loeb-München.

Die **Beziehungen zwischen chronischer Blennorrhöe und anderen Infektionen des Urintraktus einerseits und Gelenkerkrankungen andererseits,** von F. Kreiss-Chicago. (Journ. amer. med. assoc., 11. Mai 1912.) 2 bis 3 % der Blennorrhöekranken wurden von Arthritis blennorrhoica befallen. Zum Eindringen der Gonokokken oder auch

Digitized by Google

sonstiger Bakterien oder deren Toxine in die Blut- oder Lymphbahn ist eine lokale Retention mit darauffolgendem Trauma oder eine Epithelabschürfung erforderlich; eine solche kann durch Instrumente verursacht werden. Neuerdings neigt man zu der Auffassung, daß die Infektionsquelle der Arthritis beim Manne in Retentionsherden des Urogentitaltraktes zu suchen ist. Solche Herde können sich bilden in dem Follikelapparat der Urethra anterior, in dem Drüsengewebe der Prostata, in den Cowperschen Drüsen und in den Samenblasen. Bei der Therapie wird die Erkrankung der Cowperschen Drüsen und der Samenblasen noch zu wenig beachtet. Aus der Erkrankung dieser Organe sind eine Reihe immer wiederkehrender Rezidive zu erklären. Die Therapie der Arthritis blennorrhoica besteht in der Behandlung der Gonokokkenherde. Die Massage der Prostata oder der Samenblasen soll täglich geschehen, aber nicht länger als $^1/_2$ bis 1 Minute dauern. Bei Behandlung der erkrankten Gelenke selbst finden die Bierschе Stauung, heiße Luft und Vakzine Verwendung. Fendt-Wiesbaden.

Akute blennorrhoische Arthritis mit Hydarthrose. Versuch einer Autoserotherapie. Heilung, von Lop-Marseille. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 107.) Aus dem enorm geschwollenen Kniegelenk wurden durch Punktion 175 g Serum gewonnen. Hiervon wurden 30 ccbm in die rechte Seite injiziert und ein Gipsverband um das Knie angelegt. Während 2 frühere Punktionen ohne Erfolg gewesen waren, kehrte diesmal (infolge der Autoserotherapie?) der Hydarthros nicht wieder. Nach 14 Tagen wurde der Gipsverband abgenommen und mit Massage begonnen. Heilung. A. Gunsett-Straßburg.

Die Autoserotherapie der akuten blennorrhoischen Arthritis, von Lop-Marseille. (Gaz. des hôp., 1912, Nr. 115.) Der Verfasser erklärt, daß die Priorität des Verfahrens nicht ihm, sondern Maillet gebührt, welcher im Jahre 1911 die ersten Versuche mit Autoserotherapie anstellte. A. Gunsett-Straßburg.

Über blennorrhoische Arthritis, von G. Tamássy-Budapest. (Budapesti Orv. Ujság, 1912, Nr. 34.) Eine Arbeit von Literaturangaben. Nichts Neues. Kein Wort von eigenen Erfahrungen. Porosz-Budapest.

Blennorrhoische Arthritis, von G. K. Swinburne-New York. (Med. Record, 26. Mai 1912.) Verfasser berichtet ziemlich ausführlich über 9 selbstbeobachtete Fälle, aus denen hervorgeht, daß bei Gelenkerkrankungen immer noch viel zu wenig an die blennorrhoische Ätiologie gedacht wird. Verfasser legt Wert darauf, daß die im Harntraktus vorhandenen Veränderungen genau festgestellt und durch sachgemäße Behandlung gleichzeitig in Ordnung gebracht werden müssen. Er hat gute Resultate von der Vakzinebehandlung gesehen und bespricht eingehend eine von Schaefer nach neuem Verfahren hergestellte gemischte Vakzine, die derselbe in der „Therapeutic Gazette" vom 15. April 1911 beschrieben hat. Bei schwieriger Differentialdiagnose hat er häufig die Komplementfixationsprobe wertvoll gefunden. W. Lehmann-Stettin.

Zur Klinik der Gelenkerkrankungen, von Rudolf Schmidt, Innsbruck. (Med. Klinik, 1912, Nr. 37.) Der Verfasser beschäftigt sich mit der Ätiologie der Gelenkerkrankungen; an dieser Stelle möge nur auf die von ihm mitgeteilten Fälle von blennorrhoischer und luetischer Arthritis hingewiesen werden, unter denen ein Fall anscheinend ein vieljähriger Gonokokkenträger war, da sieben Jahre lang immer wieder Rezidive, wohl von der Prostata aus, in oft langen Intervallen auftraten.

Lasch-Breslau.

Die Komplementbindung als diagnostisches Hilfsmittel bei akuter und chronischer blennorrhoischer Arthritis, von H. J. Schwartz, New York. (Amer. Journ. med. scien., Sept. 1912.) Als Ergänzung zu seiner früheren, mit Mc Neil gemeinsam publizierten Arbeit über dieses Thema (Ref. Monatsh. pr. Derm., Bd. 53, Nr. 12, S. 671, Amer. Journ. med. scien., Mai 1911) teilt Verfasser seine weiteren Er-

Digitized by Google

fahrungen bei einer größeren Reihe von Fällen mit. Die tabellarische Zusammenstellung der in ihren Hauptmomenten kurz dargelegten Krankengeschichten ergibt etwa folgendes: Unter 17 Patienten mit Arthritis und positivem Gonokokkenbefund reagierten 16 positiv. Unter 13 Arthritikern mit negativem Gonokokkenbefund, aber mit sonstigen Indikationen einer blennorrhoischen Infektion fanden sich 9 positive und 4 negative Fälle. Dagegen reagierten 15 Fälle von Arthritis deformans alle negativ, wie auch 11 andere nicht als blennorrhoisch diagnostizierte Gelenkaffektionen. Es kommen noch einige kleinere Rubriken hinzu, so daß das gesamte Beobachtungsmaterial 110 Fälle umfaßt. Als Gesamtresultat dieser Untersuchungen ergibt sich, daß diese Komplementbindung außer bei Infektionen mit dem Gonokokkus nur noch bei solchen mit Meningokokkus eintritt; die Reaktion läßt sich also differentialdiagnostisch gut verwerten. Wegen der Technik ist auf die erste Publikation zu verweisen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Kasuistischer Beitrag zu den als „anaphylaktoid" beschriebenen Erscheinungen nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen, von Otto Brückler. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.) Die Erscheinungen: Sekunden- bis minutenlang anhaltende Hyperämie des Kopfes, Husten, Druck in der Magengegend treten nur nach wiederholten Infusionen von Salvarsan auf. In einem Falle zeigte sich eine 2 Tage lang anhaltende Albuminurie. Diesen Symptomenkomplex haben auch Iwaschenzow und Wechselmann unter 100 Infusionen 9 mal beobachtet und beschrieben. Er trat auf bei Luetikern aller Stadien, jeden Geschlechts und Alters. Eine klinisch nachweisbare Erkrankung des Nervensystems lag in keinem der Fälle vor. Eine Gleichmäßigkeit des Auftretens nach bestimmter Zeit und Dosis konnte nicht konstatiert werden. O. Valentiner-Leipzig.

Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion nach der Bolusmethode Liebmann, von Küster und A. Geisse. (Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 34.) Die Methode, die angeblich allen bisher bekannten überlegen sein soll, beruht auf einer glücklichen Verbindung des Alkohols mit einem sterilen Handüberzug, der aus einem der besten Wundheilmittel hergestellt ist. Sie gestaltet sich wie folgt: 2 Min. langes Waschen mit einer Bolusseife und Nagelreinigung, Abtrocknen mit sterilen Tüchern, Auftragung einer Bolusalkoholpaste, die sorgfältig über Hände und Vorderarm mit Hilfe von 10,0 g Alkohol vorzunehmen ist. Gesamtdauer 5 Min. Bakteriologische Untersuchungen ergaben, daß die vorgeschlagene Bolusdesinfektion ebensoviel leistet wie die zurzeit als bestanerkannte Seifensublimatalkoholmethode, die ca. 22 Min. in Anspruch nimmt. O. Valentiner-Leipzig.

Die Bedeutung der Anästhesie (Areflexie) in der Entzündungstherapie, von Gustav Spiess und Adolf Feldt-Frankfurt a. M. (Beihft. z. Dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.) Spiess hat 1906 die Theorie aufgestellt, daß die Entzündung in erster Linie abhängig sei von der Tätigkeit der sensiblen Nerven und folglich die Ausschaltung dieser — Anästhesie — oder die Aufhebung des in ihnen verlaufenden Reflexes — Areflexie — der Entzündung entgegenwirke. An der Hand eines sehr ausgedehnten Literaturnachweises sucht Feldt die Richtigkeit dieser Ansicht zu beweisen. Fendt-Wiesbaden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Abolitionistischen Prinzips in Dänemark und Norwegen. Wirkungen des 1230.
Abortivbehandlg. (abortive Behandlg.) s. Blennorrhagie, Blennorrhöe, Urethritis blenn., Syphilis I L.
Abrus precatorius 1036.
Acanthoma adenoides cysticum und Syringocystadenoma. Beziehungen zwischen, Sutton u. Demice 870.
Acanthosis nigricans. Heilung d. Salvarsan, Bonnet 890.
— — Wellenberg 1161, Cavagnis 1387.
Achorion Schönleinii 1066.
Actinomycotica. Pyonephrit. et Prostatit., Cohn 966.
Addisonähnliche Form des Magenkarzinoms, Gouget u. Thibaut 874.
Addisonsche Krankheit. Weber 888, Pulawski 1767.
— — und Nebennierentuberkulose. Crowell 888.
Addisonschen Krankheit mit Tuberkulin. Behandlung der, Kendall 889.
Addisonscher Krankheit. Zuckerstoffwechsel bei, Schirokauer 889.
— — Mit Tuberkulin behandelter Fall v., Munro 889.
— Symptomenkomplex usw. Unvollständiger, Sbrozzi 874.
Addisonii mit Sklerodermie. Kombin. des Morbus, Becker 903.
Adenokarzinom, Arning 1759.
Adenoma sebaceum der Schleimhaut d. Mundhöhle. Stern 1034.
Adrenalinanämie. Beeinflussung d. Hautreaktion n. Röntgenbestrahlung durch, Schmidt 1157.
— als Hautschutz i. d. Röntgen- und Radiumtherapie, Reicher u. Lenz 1284, 1622.
Affen. Übertragung der Lepra auf, Reenstjerna 1666.
— Übertragg. d. Pellagra auf, Tizzoni 1316.
Affen. Impfversuch mit Scharlach an, Landsteiner u. Levaditi 1366, Landsteiner, Levadit u. Prasek 1655.
— Vakzine der, Halberstädter und — Provazek 1390.
Agglutinine 1139.
Ainhum u. Uncinariasis amer. b. e. weiß. Mädchen, Eskridge 900.
— Bernardeau 1490.
Akne des Nackens und ihre Behandlung, Keloid-, Pautrier 871.
— — — Histol. Untersuchg. d. Keloid-, Nicolas u. Favre 1762.
— u. Seborrhöe, Ursache und Behandlg. Whitfield 1442.
— m. autogenen Vakzinen. Behandlg. d., Lovejoy 1735, Smiley 1736.
— necrotica 1330.
— rosazea 1329.
— varioliformis 1330.
— vulgaris 1329.
— — Röntgentherapie der, Fisher 1419.
— — usw. mit Opsonogen. Behandlung der, Odstrčil 1423.
Aknebazillus 1735.
Akroasphyxie 883.
— der Hände und Füße usw., de Azúa 862.
Akrodermatitis atrophicans. Multiple Pseudofibromatose im Zustandsbild d., Nobl 896.
Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva, Harbitz 871.
— Sammelreferat und kritische Studie über die, Orhan 871.
— mit radiographischem Nachweis von Veränderungen an der Sella tuercica. Drei Fälle von, Groß 871.
— Stoffwechselversuche bei, Rubinraut 1765.
— Hypophysistumor ohne, Martius 1765.
Aktinomykose s. Blasenaktynomykose.
Akustikusaffektion s. Salvarsan IV.
Akustikuslähmung s. Salvarsan IV.
Albarran. Gedenkworte b., Legueu 1073.

Digitized by Google

Albuminurie, Narkose und, Gruget 995.
— Untersuchung der, Williams 995.
— und Urobilinurie usw. Paradoxe, Staunig 996.
— Anstrengungs-, Jundell u. Fries 995.
— Lordotische, Hamburger 996.
— kardio-pulmonalen Ursprungs usw. Orthostatische, Manya 995.
— u. Zyanose. Orthostatische, Guédeney 996.
— u. d. Urininkontinenz im Kindesalter, aufgefaßt als Tuberkelbazillenerkrankungen. Behdlgsresultate d. orthostat., Tánago u. Pedraja 996, 1808.
— u. d. infantilen Inkontinenz. Behdlg. d. orthostatischen, Tànago u. Pedraja 1037.
Albuminurien. Beitr. z. Kenntnis d. funktionellen usw., Many 995.
— Leukopathische, Feuillié 995, Bemerkungen hierzu, Castaigne 996.
— genitalen Ursprungs, Coeur 996.
— Irregul. intermitt., Rathery 1808.
Albuminurischer Diabetes inf. Ermüdung der Niere, Ravarit 997.
Aleukämischen Zuständen. Manifestationen der Haut bei, Nanta 1610.
Alkaptonurie m. Ochronosis, Paulsen 994.
— Gouget 1809, Triboulet 1809.
Allosan. Arenstein 1044.
— bei blenn. urethro-vesikalen Prozessen, Portillo 1315.
Allosans in der Reihe der int. Antiblennorrh. Stellg. des, Hädicke 1044.
Alopecia areata. Tropho-neurot. Ablösg. der Nägel mit nachfolg., Weber 920.
— — Ätiol. der, Nobl 921.
— — Reflexreizung als Ursache der, Jones 1503.
— — Ursachen und Behandlung der, Bechet 1773.
— indurata atrophica, Sutton 1360.
— parvimaculata. Boegershausen 1425.
— seborrhoica. Behandlung der, Merz 1597, Mayer 1729.
Alopezie u. Vitiligo. Traumatische, Chajes 1093.
— im allgemeinen, spez. eine noch nicht beschrieb. Form v. Kahlheit, Sutton 1360.
— Formen u. Behdlg. der, Dyen 1772.
— m. ultraviol. Licht. Behandlung der, Harris 1772.
Alters. Path. Anatomie des, Salimbeni und Gery 1608.
Aluminiumsubazetat 1042.
Anämie. Hauptpigmentierg. b. perniziöser, Mosse 1129.
Anästhesie in der Entzündungstherapie, Spieß u. Feldt. 1826.
Anaphylaktoide Erscheinungen 1164, 1612, 1825.
Anaphylaxie durch Scharlach R., Lombardo 1191, 1311.
— i. d. Dermatologie. Klinischer Wert der, Barduzzi 1192, 1312.
— aufzufassen? Ist die Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe als echte, Zieler 1233.
— gegen Salvarsan, Swift 1613.
Anastomose. Sapheno-femorale 893.
Angina. Plaut Vincentsche, Gerber 1744.
— Vincenti durch Salvarsan. Bhdlg. der, Achard u. Desbouis 1745.
Angiofibrom, Maky 863.
Angiokarzinom. Metastasierendes, Weiss 868.
Angiokeratom der Hände usw. Erythemato-Sklerosis phlyctaenulosa und —, de Azúa 862.
— Trowbridge 869 (bis).
— dem Madurafuß ähnlich, Austregesilo 1764.
Angiokeratoma scroti. Klinische und histopathologische Studie des, Sutton 869.
— u. Tuberkulose, Brandweiner 1764.
Angiom. Diffuses, Barjou 868.
— der Oberlippe. Radiumbehandlung, Dubois-Havenith 868.
— des Nackens. Kongenit. kavernöses, Giimour 869.
— (Infektiöses), Sequeira 920.
— am Halse, Gravier 1764.
Angioma. Hutchinsons infekt., Sequeira 1502.
Angiome 1280.
— Pathologie der, Konjetzny 869.
— auf dem Thorax und den Oberextremitäten. Enorme, Bonnet 869.
— Radium gegen, Breta 1763.
Angiomen u. Nävi m. Kohlensäureschnee. Behandlung von, Salomon 1623.
— Gefahren der Radiumapplikation bei, Kirmisson 1763.
Angioneurotische oder toxische Entzündung? Kreibich 1592.
Angioneurotisches Ödem 1319, 1641, 1642.
Angiosklerotische Gangrän 1771.
Anularis Livedo, Comby 1317.
Anpassung der Fische an den Untergrund, Loeb 1602.
Ansteckende Kinderkrankheiten. Verhüt. der, Haynes 1651.
— Krankheiten. Kontaktinfektion bei, Hedges 1652.
Anthrax. Salvarsan bei, Gubb 1746.
Antiblennorrhoikum. Hegonon, ein neues, Garin 1043.
— Onotoxin oder Gonojodin. Neues Paul 1043.

Digitized by Google

Antiblennorrhoika. Stellg des Allosans in der Reihe der int., Hädicke 1044.
Antigen-Antikörperwirkungen sichtbar zu machen. Versuche, Angerer und Stötter 1458.
Antigene zu Wasserm.-Reakt. 1686.
— in den Tropen 1748.
Antigenfrage 1487.
Antigonokokkenvakzine, s. Tripper.
Antikörper bei mit Nukleoproteiden syph. Organe behdlt. Kaninchen, Cristina u. Cipolla 1079, 1192, 1312.
— Komplementbindende tuberk., Schieck 1079.
Antikonzipiens. Neues, Bruch 1140.
Antileprol s. Lepra.
Antipyrin verursachte bullöse Affektionen der Mundhöhle. Dch., L'Huillier 1318.
Antistreptokokkenserum. Polyvalentes 1657.
Antituberkulosesera 1672.
Anurie bei Solitärniere, Giordano 1073.
— n. Sublimatvergiftg., Kolossow 1598.
Aortenerweiterung s. Salvarsan II.
Aphthöses Fieber beim Menschen, Gaujoux 1734.
Aplasia pilorum moniliformis, Polland 1188.
Archiv d. Ges. Deutscher Naturforscher und Ärzte 1266.
Area Celsi und Syphilis, Cappelli 1311.
Areflexie 1826.
Argentum proteinicum. Behdlg. des Harnröhrentrippers beim Manne mit, Oppenheim 1042.
Argyrie. Über gewerbl. totale, Koelsch 923.
Argyrol 1043.
Arsen 1139.
Arsens im tier. Organismus. Verteilg. d., Schilling u. Naumann 1281.
Arsenferratose Boehringer, Nikolskaja 1281.
Arsenik in einer nach Salvarsananwendg. entstandenen Zyste, Wojciechowski 1010.
Arsenkeratose u. Epitheliom, Löwenberg 1385.
Arsenophenylglyzin. Schädigende Einfl. auf Salvarsan u., Gonder 1283.
Arseno-Resistenz 887.
Arsentherapie in der Dermatologie, Jadassohn 1625.
Arsenvergiftung. Path. Anatomie der, Grote 1281.
Arthigon 1041, 1819.
— Behdlg. d. blennorrh. Vulvogaginitis kleiner Mädchen, Rygier 1042.
— — d. Blennorrhöe, Simon 1042.
Arthritis. Blennorrhoische 1825, Tamássy 1825, Swinburne 1825.
— m. Hydarthrose. Akute blennorrh., Lop 1825.
— Behdlg. d. blennorrh. Ramond 1023, Powell 1024.
— blennorrh. Therapie u. Prognose der, Schüssler 1822.
— Behandlung der Gonokokken —, Bain 1023.
— cubiti blennorrhoica m. Antimeningokokkenserum bhdlt., Strominger 1450.
— Autoserotherapie der akut. blennorrh., Lop 1825.
— im akut. Stadium. Massotherapie d., Fége 1023.
— durch Punktion u. Spülung mit heißem Wasser. Behdlg. d. blennorrh., Gentilhe 1024.
— Vakzinebehdlg. d. blennorrh. Prostatitis und, Sellei 1022.
— Vakzinebehdlg. d. blennorrh., Stockman 1023.
— Komplementbindg. bei akut. u. chron. blennorrh. Schwartz 1825.
— s. Rheumatismus.
Arthritischer Basis. Hyperkeratosen auf uroseptischer und, Buschke 1092.
Arzneiexanthem nach Pantopon, Klausner 1636.
Arzneimitteln in den Schweiß. Übergang von, Tachau 1234.
Arzneistoffe als echte Anaphylaxie aufzufassen? Ist die Idiosynkrasie gegen, Zieler 1233.
Arzneiüberempfindlichkeit. s. Überempfindlichkeit.
Asphyxia localis, Troitzkij 1588.
Asphyxie mit Hochfrequenz geheilt. Lokale, Gaztelu 1338.
Assistenz operieren? Soll man mit od. ohne, Burty 1264.
Atoxylwirkung durch Organbrei. Beeinflussung der, Arzt u. Kerl 1625.
Atrophie bei Pellagra. Viszerale, Huck 1317.
Atrophierende Follikulitis, Martinotti 1770.
Atrophisierende Dermatitiden, Oppenheim 1770.
Atrophisierenden Dermatitiden. Klinik und Ätiologie d., Oppenheim 1273.
Augenentzündung d. Neugeborenen. Erblindungsgefahr infolge, Best 1038.
Augenerkrankungen. Beziehungen zw. Rosazea u. äußeren, Erdmann 1421.
Augenlidern u. Naso-Fazialfalten. Pathologie der Haut v. d., McDonagh 1358.

Digitized by Google

Autoserotherapie der blennorrh. Arthritis 1825.
— d. Hydrozele 1800.
Autotherapie. Behdlg. des Trippers m., Duncan 1039.
Azodermin, Curschmann 1284, Gurbski 1634.
Azoospermie. Prognose der, Posner 1130.
— s. Syphilis I. E.

Bäder. Geschichte der balsam., Roth 1346.
— Hautkrankheiten und, Vollmer 1618 (bis).
Bakterien. Durchgängigkeit der Haut für, Scalone 1611.
Bakterio-serolog. Diagnostik. Taschenbuch d., Kuehnemann 990.
*Bakteriotherapie der Haut. Topische, Peyri 1083.
Banti. Morbus 1137.
Basalzellenkrebs 867.
Basedow-Symptomen. Dermat. polym. dolor. mit, Du Castel 1065.
Basedowii. Das Jellineksche Zeichen b. Morb., Puifferrat 891.
Bazillus coli 1784.
— fusiformis 1603.
— pyocyaneus. Milzbrandbazillus und, Fortineau 1746.
— — Menschenpath. des, Fränkel 1612.
Befruchtung. Künstliche, 1800.
Behaarter Haut. Überpflanzg., Lauenstein 1616.
Beingeschwüre mit Heftpflasterstreifen. Behdlg. der, Gills 895.
— s. auch Ulcus cruris.
Beinwurz. 1284.
Belladonna-Extrakt bei Harnleiden, Guèpin 1037.
Bence-Jonessche Krankheit, Massini 994.
Berichtigung zu der Arbeit von Scholtz u. Riebes in Band 54, Nr. 24 dieser Wochenschrift 856.
Berufserkrankungen d. Haut, Fordyce 1340.
Berufsgeheimnisses. Verletzg. des, Feiertag 1489.
Beschneidung. Ansteckg. mit Tuberkulose bei der, Arluck u. Winoconroff 1788.
Bierhefe, Amat 1634.
Bilharziose usw. Salvarsanwirkg. bei, Fülleborn u. Werner 925.
Bilharziosis. 2 selt. Prozesse b., Madden 924.
Binden. Medikamentöse, Rocamora 1313.
Biokinetische Methode in d. Dermatologie, Plicque 1617.
Blase p. urethram. Entleerg. e. Abszesses d., Barlet 952.
— Fremdkörper i. d. Urethra u., Leclerc-Dandoy 937.
— Entferng. v. Paraffin a. d., van Meter 952.
— des Weibes. Entferng. v. Haarnadeln a. d., Voigt 952.
— Prostatahypertrophie u. Fremdkörper der, Michel 1803.
— nach Sectio alta. Versorgung der, Janssen 953.
— bei Blasentuberkulose. Ausschaltg. d., Casper 956.
— b. Prostatahypertrophie. Zweizeitg. Prostatektomie wegen Atonie u. Erweiterg. d., Perrier 990.
— Einf. chron. Geschwüre der, Desgouttes u. Reynard 1794.
— Sphinkterenverschluß der, 990.
— s. auch Harnblase.
Blasenaktynomykose, Prigl 956.
Blasenantiseptikum. Sedatives 1786.
Blasenausschabung per vias naturales wegen Verkalkung der Blasenwände, Grandjean 1011.
Blasenbildg. b. Syringomyelie, Fischer 1095.
Blasendivertikel. Kongenitale, Matthey 1793.
Blasendivertikels. Diagnost. u. Bhdlg. des angeborenen, Kroiss 954.
Blasenektopie. Operation der, Janssen 1795.
Blasenentzündungen usw. Beteilgg. d. Ureteren a. d. akut., Sugimura 929. 1796.
Blasenerkrankungen. Blennorrhoische 1019.
Blasenfistel. Uterus-, Scheiden-, Bhdlg. der, Ward 888.
— Darm-, Pristavesco 1332.
Blasengeschwülste. Therapie d., Casper 938.
— Intravesikale Operation der, Kutner 1793.
— m. Hochfrequenzstrom. Intravesik. Operation der, Kutner 1793.
Blasengeschwülsten. Radiumbehdlg. von, Paschkis 951.
Blasenhalses. Stenose des, McMunn 888.
Blasenhalskrämpfe inf. Striktur 888.
Blaseninnervation. Zentrale, Lichtenstern 1792.
Blasenkrebs. Totale Entferng. d. Harnblase b. d. Frau wegen, Laurens d. l. Barre 938.
Blasenmyome b. d. Frau, Thomas 938.
Blasenneubildungen. McCarthy 1793.

Digitized by Google

Blasenphantom z. zystoskop. Übungen, Ottow 1370.
Blasenruptur, Naumann 1794.
Blasenrupturen, Legueu 1795.
Blasenschleimhaut. Venektasien der, Porzelt 1794.
Blasenspritze 1787.
Blasenstein. Großer, Arumugum 952.
— b. e. 8j. Mädchen. Großer, Faujas 952.
— usw. Prostatahypertrophie u., Janssen 967.
Blasensteine, Marion 952, Sexton 1796.
— Erkennung u. Behdlg. d., Goldberg 952.
— b. Kinde. Ureter- und, Charvin 952.
Blasensuturen. Auslösbare, Clarke 954.
Blasentenesmus. Rektalprolaps infolge Mériel 1075.
Blasentonikum. Pituitrin als, Hofstaetter 937.
Blasentuberkulose, Bromberg 1332.
— Primäre, Zeitlin 955.
— Bemerkungen über Nieren- und, Casper 930.
— Diagnose u. Therapie d. Nieren- u., Homburg 1000.
— Ausschaltg. d. Blase b. schwer. Formen d., Casper 956.
Blasentumor, Pascual 938.
Blasentumoren. Ungewöhnl. klin. Formen d. primären, Le Moine 938.
— auf die Niere u. bes. üb. Anurie nach Neubildungen der Harnblase. Einfluß v., Hervier 938.
— Ureterstein als ätiol. Moment für, Lotsy 1073.
— Operationsmethoden bei, Fullerton 1794.
— m. Hochfrequenzströmen. Endovesikale Bhdlg. von, Bachrach 1794.
Blasenwände. Blasenausschabung per vias naturales wegen Verkalkung der, Grandjean 1011.
Blastomykose, Copelli 1388, Splendore 1749.
Blastomykosen 1254.
Blennorrhagie muß vom ersten Tage an behdlt. werden, Minet 1037.
— Abortivbehdlg. der, Montfort 1038.
— Moderne Bhdlg. der, Perrin 1334.
— s. auch Blennorrhöe, Gonorrhöe, Tripper, Urethritis blen.
Blennorrhöe, welche primär und isoliert auftrat. Extraurethrale genitale —, de Aja 862.
— und Syphilis. Osteoperiostitis des Kalkaneus bei einem Kranken mit —, del Mazo 862.
— i. d. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Pruschanskaja 1017.
Blennorrhöe bei Knaben, Wolbarst 1017.
— i. d. Abbildgn. z. Pantagruels Gesängen. Syphilis und, Cumston 1570.
— Chronische 1039.
— d. äuß. Urogenitals b. Weibe. Diagnose der chron., Dufaux 1019.
— u. Gelenkerkrankgn., Kreissl 1824.
— u. ihre Komplikationen, Arning 1091.
— Ungewöhnl. Komplikationen bei, Wischer 1161.
— Nervöse Begleiterscheinungen d., de Saboulin 1021.
— beim Manne. Behdlg. der, Menzer 1040.
— u. ihre Behdlg. Akute, Day 1044.
— u. ihre Bhdlg. Chron., Tauber 1332.
— Abortive Behandlg. der, Cronquist 1596, Weiss 1160.
— Arthigonbehdlg. der, Simon 1042.
— Frühbehdlg. der, Spitzer 1043.
— Hefetherapie der, Cronbach 1043.
— des Mannes. Kausale Bhdlg. d. akut. u. chron., Menzer 1039, Bruck 1040.
— Kombinierte Behdlg. der, Karo 1044.
— Lokale. Bhdlg. d. akut. u. chron., Kerin 1043.
— Spezif. Behdlg. d. usw., Schmidt 1020.
— der Frauen. Wirkg. d. spezif. Vakzine bei, Dembskaja 1041.
— s. auch Einschluß-, Konjunktival-, Ophthalmoblennorrhöe, ferner Blennorrhagie, Gonorrhöe, Tripper, Urethritis blen.
Blennorrhoeae. Infekt. mit Mikrokokk., Rotky 1816.
Blennorrhöebehandlung. Neuere, Hecht u. Klausner 1043.
— Syrgol in der, Mettler 1044.
Blennorrhöeinfektion. Hautinfektion bei, Irons 1017.
Blennorrhöeseptikämie, Moorhead 1817.
Blennorrhöetherapie. Wert der internen, Polland 1043.
Blennorrhoica (us) s. Arthritis, Endokarditis, Epididymitis, Ikterus, Keratodermia, Konjunktivitis, Lymphadenitis, Lymphangitis, Nephritis, Periostitis, Proktitis, Pyelitis, Ureteropyelitis, Urethritis, Vulvovaginitis.
Blennorrhoische Meningitis, Bouquet 1021.
— Komplementbindungsreaktion, Gradwohl 1034.
— Entzündg. Nebengänge des Raphe penis u. deren, Tschernogubow 1162.
— Entzündg. d. Lymphstränge 1273.
— Allgemeinerkrankungen, Zieler 1816.
— Arthritis, Hautabszeß, Iritis, Nebenhodenentzündg., Periostitis, Pyo-

Digitized by Google

nephrose, Urethritis, Vulvovaginitis s. da.
Blennorrhoischem Ursprung. Endokarditis v. wahrscheinl., Covisa 887.
Blennorrhoischen Metastasen. Kasuistik der, Miropolski 984.
— Affektionen. Vakzinediagnostik und -Therapie bei, Koehler 1017.
— Epididymo-Vaginalitis. Punktion der Tunica vaginalis in der Behandl. der, Thiault 1018.
— Harnröhren- u. Blasenerkrankgn. beim Weibe. Erkennung u. Behandlung der, Dannenreuther 1019.
— Zervizitis u. Endometritis. Diagnose u. Behdlg. d., Dannenreuther 1020.
— Prostatitis u. Arthritis. Vakzinebehdlg. der, Sellei 1022.
— urethro-vesikalen Prozessen. Allosan bei, Portillo 1315.
— Infekt. Nervöse Manifest. der, Martinotti 1817.
Blennorrhoischer Infektion d. Uterus u. s. Adnexe. Erkennung u. Behdlg., Ashton 1020.
— Provenienz. Perigastritiden 1022.
— Talalgie m. Radiotherapie behandelt. Fall von, Ratera 1025.
— Komplikationen m. Vakzine. Behdlg., Boehm 1040.
— Hautabszeß 1161.
— Rheumatismus s. Rheumatismus.
Blennorrhoisches Exanthem, Hodara 1817.
Blitzschlag, Lama 1331.
Blut aufzufangen. Apparat, um, Regidor 1072.
Blutgefäßgeschwülsten der Haut. Kohlensäureschneebehdlg. bei, Friedländer 887.
Blutgeschwulst, Wettendorf 869.
Blutplättchen. Histogenese der, Wright 1224.
*Blutserums. Neues Verfahren zur Gewinnung des, Sakaguchi 875.
Blutuntersuchungen s. Salvarsanbehdlg., Syphilis I L., Scharlach.
Boecksche Krankheit 1203, Terebinsky 1766.
Bolusmethode Liermann 1826.
Botryomykose. Granuloma pediculatum (sog. menschliche —), Heuck 858.
— Die sogenannte menschliche, de Aja 886.
— 1741.
Boubas, Splendore 1749.
Brandwunden. Behdlg. von, Dodel 1341.
Brief an den Herausgeber. Offener —, Ehrlich 859.
British med. association. Dermatol. Section 1360.
Brom. Wuchernde Eruption durch 1342.
Bromi. Exanthema ex usu 1308.
Bromausschlag. Fall von, Meachen 920.
Bromide. Papulo-tuberkulöse, Hallé 1342.
Bromismus cutaneus, Daumas 1342.
Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum, Kudisch 1308.
— — bei Mutter u. Säugling, Marziani 1646.
— vegetans, Domernikowa 1646.
Bromvergiftung durch die Muttermilch, Comby 1646.
Bronzediabetes usw., Potter u. Milne 890.
Bronzefärbung der Haut, verbunden mit Diabetes, Blumen 889.
*Brustdrüse nach rechtsseitiger Kastration. Vergrößerung der, Selenew 985, *1323.
Bubos. Bhdlg. des schankrösen, Plicque 1749.
Bukkosperinkapseln 1044.
Bullöse Affekt. d. Mundhöhle. Dch. Antipyrin verursachte, L'Huillier 1318.
Bullösen Dermatosen. Stat. Entladgn. bei, Peyri 1273.
Bullöser Dermatosen. Mikroskop. Untersuchungen, Lipschütz 1423.

Caciulata, Uscatu 1285.
Cancer en cuirasse usw., Neustadt 886.
*Cavernitis penis migrans, Waelsch 1427.
Chemotherapie d. äußeren Tuberkulose, spez. des Lupus, Strauss 1385.
Chinin. Ekzem d. Gesichts u. Conjunct. ekzem. nach, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1255.
Chininbehandlung d. Pemphigus vulgaris, Merz 1424.
Chinininfusion. Pemphigusbehandlg. mit, Leszcynski 1591.
Chloasma. Kohlensäureschneebehdlg. von Nävus u., Kitagawa 1100.
Chlor-Ausscheidungen b. Verabreichg. von Jodpräparaten. Jod- und, Heimann 993.
Cholesteringehalt d. Blutserums Syphilit., Gaucher u. Desmoulière 1259.
Chorio-Epithelioma malignum b. Manne, Marcora 1799.
Chorionepitheliom d. Testikel, Conforti 959.
Chromatophorom d. Haut, Ribbert 1767.
Chromozystoskopie, Pollak 1597.
Colliculus. Entzündg. d., Orlowski 1074.
Congelatio escharotica, Havas 1644.
Cornu cutaneum. Xeroderma pigment. c. carcinoma et, Dohi u. Kodha 1259.
— — Matsumoto 1259.

Digitized by Google

Corpora cavernosa. Plast. Induration d., Zislin 932.
— — wegen Epitheliom. Amputation des Penis u. d., Le Clerc-Dandoy 933.
— — d. Penis u. d. Glans. Elast. Gewebe in der, Ercoli 1191, 1311.
Cowperitis gonorrhoica, Homma 864.
Cutis verticis gyrata, Yamada 1389.

Dariersche Dermatose. Lipman-Wulf 1064.
— -Roussyscher Sarkoidtypus 1252.
Dauerinjektion f. d. Harnröhre d. Mannes, Asch 1073.
Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse 1362.
Dermatitiden. Klinik u. Ätiol. d. atrophisierenden, Oppenheim 1273.
— Atrophisierende, Oppenheim 1770.
Dermatitis annularis chron. d. unbedeckt. Körperteile, Tuccio 1036.
— atrophicans chron. idiopath. progress. diffusa u. maculosa, Bering 1091.
— bullosa n. Impfung, Kirby-Smith 1662.
— capillitii (Kaposi), Voerner 1187.
— exfol. neonatorum. Pemphigus foliaceus u., Hazen 1132.
— — Ätiologie der, Wolters 1161.
— — — Oppenheim 1420.
— herpetiformis, Bunch 1359.
— hiemalis, Corlett u. Cole 1650.
— medicamentosa nach Midol (Pyramidon), Bechet 1636.
*— nuchae sclerotisans. Nackenkeloid oder, Tryb 1491.
— papillaris capillitii. Pathol. Anatomie der, Schmidt u. Wagner 1089.
— polymorpha dolorosa mit Basedow-Sympt., Du Castel 1065.
— — — herpetif. subacuta. Nicht rezid., Petrini de Galatz 1253.
— pustulosa vegetans recurrens, Pernet 1503.
— seborrhoica, Stopford-Taylor 1443.
— symmetrica dysmennorrhoica, Friedberg 1592, Mathes 1592.
— Oedema orbitalis bei Gesichts-, Hansell 1744.
— d. Schwangeren. Polymorphe, schmerzhafte, rezid., Lévigne 1362.
— Thorium- 1095.
— Toxische, Zeisler 1647.
— durch Dinitrochlorbenzol, Bernstein 1645.
Dermatologen. III. Tagung d. Vereinigg. nordwestdeutscher 1002.
Dermatologen-Kongreß, Rom, April 1912. Bericht über den 7. internationalen —, Macleod 861.
— -Vereinigung. 36. Jahresversammlung der amerikan., Wende 1133.
Dermatologie u. Schule, Lewandowsky 1127.
— des 'Ali ibn al 'Abbas, Richter 1130.
— Diathesen in der, Bloch 1232.
— Spezielle, Török 1265.
— Röntgenbehdlg. in der, Joseph und Siebert 1275.
— Urotropin in der, Sachs 1289.
— Anaphylaxie in der, Barduzzi 1192, 1312.
— Physikalisches und Biochemisches in bezug auf die, Smith 1442.
— Mängel der, White 1489.
— Mikroskopische Technik im Dienste der, Ledermann u. Bendix 1590.
Dermatologischen Therapie. Feste Kohlensäure in der, Gallet 1280.
— Fällen. Sorgfältigere Untersuchgn. in, Ochs 1426.
Dermatomykose. Disseminierte, vegetierende, Balzer, Gougerot u. Burnier 1446.
Dermatomykosen. Exper. u. klin. Studie z. Lehre der, Kusunoki 1590.
— Kanngießer 1736.
Dermatomyositis 1259.
Dermatose squameuse anormale 853.
Dermatosen. Das methodische Kratzen, eine neue Untersuchungsmethode bei, Brocq 1026.
— Präkanzeröse, Bowen 1131.
— Klinik u. Pathogenese der linearen, Bader 1272.
— Stat. Entladgn. bei bullösen, Peyri 1273.
— Parasitenwanderung bei, Guéniot 1273.
— Entwickl. d. Hautepithelioms auf dem Boden von, Porcheron 1274.
Dermite sicosiforme atrofissante 1770.
Dermitis parenchymatosa atrophisans 1770.
Dermoid. Sakral-, Winkler 1778.
Dermotropismus, Fantus u. Stillians 1331.
Desinfektionsmethoden der Hände u. des Operationsfeldes, Ozaki 1141.
Desinfektionsmittel d. Haut. Jodtinktur als, Noguchi 1231.
Detätowierung, Peller 1446.
Diabetes. Bronzefärbung der Haut, verbunden mit, Blumen 889.
— Pathologie d. Pankreas bei, usw., Potter u. Milne 890.
— Beeinflussung d. Entzündungen bei, Schiller 898.
— inf. Ermüdung d. Niere. Albuminurischer, Ravarit 997.
— u. Salvarsan, Syphilis, Longley 1564.
— -Karbunkel s. Karbunkel.
Diabeticum. Genese d. Zylinder d. Coma, Reck 997.

Digitized by Google

Diabetiker. Reis in der Diät der, Stern 1811.
Diabetikern. Einwirkung v. Milchsäurebazillen auf den Zuckergehalt d. Urins bei, Horowitz 997.
Diabetische Gangrän s. Gangrän.
— Vulvitis, Roger 1015.
Diabetischen. Hämolyse u. Pigmentzirrhose bei einem, Chalier u. Nové-Josserand 890.
— Harnen. Pentosen in, Jolles 1811.
Diagnostizieren. Fall z., Fox 920, Sequeira 920, Whitfield 920, Dore 1252, Morris 1253.
Diastemato-spermat. Insuffiz. d. Erwachs. Erworbene, Fiessinger 963.
Diathermie 1752.
Diathese. Nephritis mit hämorrhagischer, Rathery u. Dumont 1812.
Diathesen in der Dermatologie, Bloch 1232.
Diathetische Reaktionen beim Säugling. Kutane, Bergmann 1232.
Diazoreaktion 1366.
Dienstboten. 6. Stockwerk u. die jungen, Morin 1058.
Dinitrochlorbenzol 1645.
Dioradin Nr. 3. Behdlg. des Scharlachs mit, Gerlóczy 1366.
Diphtherie im Anschluß an Zirkumzision, Kolmer 932.
Diphtherieepidemie i. Groß-Berlin. Scharlach- und, Westenhoeffer 1364.
Diphtheriekutanreaktion, Szontagh 1611.
Diphtherische Entzdg. d. Haut u. d. Unterhautzellgewebes, Deutschländer 1748.
Diplokokkurie u. Phosphaturie, Aureille u. Renaud-Badet 1263.
Diurese. Provozierte, Merklen 1262.
Divertikel der Harnröhre des Mannes. Histol. u. Genese d. kongen., Suter 935.
— Anat.-klin. Studie üb. die, Etienne 954.
— der Seitenwand der Harnblase usw. Echte, Sugimura 954.
— s. auch Blasendivertikel.
Divertikulitis 1793.
Dozenten. Vereinigung Berliner 1234.
Drainage. Tube z. suprapub., Peacock 953.
Ducreyschen Bazillus verursacht. Lymphangitis nodularis durch, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1066.
Ductus ejaculatorii b. d. Prostatahypertrophie usw., Aybar 967.
Duhringsche Krankheit m. Symblepharon u. Blindheit. Rezid., Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint Marc 1255.
Durchdringungsvermögen v. einigen Salbengrundlagen, Gardiner 1278.
Durchgängigkeit der Haut für Bakterien, Scalone 1611.
Dysidrosis palmaris, Paschkis 1735.

Ectopia testiculi, Kirmisson 958.
Einschlußblennorrhöe usw. Filtrierbarkeit des Virus der, Botteri 1038.
Eiters im Urin. Zusammenhang des Eiweißes u. d., Unterberg 997.
Eiweißbestimmungen n. Tsuchiya. Quantitative, Schiemann 997.
Eiweißbestimmungsmethode im Urin. Esbachsche u. Aufrechtsche quantitative, Pfeiffer 996.
Eiweißes u. Eiters im Urin. Zusammenhang des, Unterberg 997.
Ekthyma bei Varizellen, Masern u. Scharlach, Nobl 1659.
— 1329.
Ektopie d. Hodens vermittels d. Orchidopexie. Bhdlg. d. inguinal., Vielle 958.
Ekzem d. Mamilla. Pagetsches, Aldridge, 868.
— d. Gesichts u. Konjunkt. ekzemat. nach Chinin, Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 1255.
— bei Kindern, Simpson 1420.
— Urin bei Kranken mit papulo-vesikulösem, Pouget 1420.
— Epidem. Auftreten v. seborrhoischem, Bruhns u. Cohn 1729.
Ekzema marginatum, Alexander 1090.
— — Hebrae u. seine Lokalisation a. d. Füßen, Sabouraud 1157.
— pruriginosum u. Lichenisierg., Morris 1651.
— rubrum. Behdlg. des, Bechet 1421.
— vulvae 1815.
Ekzematosa. Konjunktivitis 1255.
— Tuberkulin z. Diagnose u. Therapie d. Konjunktivitis, Tivnen 1421.
— Ätiologie der Impetigo u. Konjunktivitis, Pick 1421.
Ekzeme, Brocq 1420.
— im Säuglingsalter. Heißluftbhdlg. der, Perlmann 1421.
— Behandlung hartnäckiger, nässender, Wehner 1730.
Ekzems d. Handteller u. Fußsohlen. Therapie d. tylot. rhagadif., Veiel 1160.
— Pathogenese des, Weidenfeld 1189.
— Therapie des, Th. Veiel u. F. Veiel 1362, Scholtz 1421.
— mit molkenarmer Milch. Behandlg. des Säuglings-, Finkelstein 1730.
— dch. Änderg. d. Milch. Behdlg. des infantilen, Variot 1731.

Digitized by Google

Elastisches Gewebe in den Corpora cavernosa d. Penis u. d. Glans, Ercoli 1191, 1311.
Elefantiasis u. Ulcus cruris, Friedel 893.
— congenita u. part. Riesenwuchs, Antoni 1742.
— scroti, Ferris 1258.
Elefantiastische Ödeme 1641.
Elektrizität einschließl. d. Röntgenlehre. Handbuch d. gesamt. med. Anwendung der, Boruttau, Mann, Lévy-Dorn u. Krause 1335.
Elektrolyse. Behdlg. d. spitzen Kondylome mit, Hirondel 1762.
Elektrolytische Detersion bei chron. Harnröhrenentzündgn., Roucayrol 1790.
— Epilation, Dubreuilh 1620.
— Instrum. z. Behdlg. v. Urethralstriktur. Neue, Li Virghi 936.
Elektrolytkreislauf. Parerga zum, Hirth 1265.
Elektromagnetische Reizarsenbhdlg. 1752.
Emphysem während der Geburt. Chirurg., Stocks 923.
Endokarditis v. wahrscheinl. blennorrh. Ursprung, Covisa 887.
— blennorrhagica, Gallavardin, Croisier u. Rey 1818.
Endometritis. Blennorrhoische 1020.
Endoskopische Untersuchung d. Urethra, Luys 1263.
Endotheliom 869.
Endovenöse Medikation, Tornaca 1278.
Enesol. Bhdlg. d. Psoriasis mit, Sabouraud 1733.
Entwicklungshemmungen d. Haut. Prakt. Bedeutg. d., Petersen 1129.
Entwicklungsproblem, Greil 1608.
Entwicklungsstörung des Binde- u. Knochengewebes usw., Gaston u. Rosenthal 1068.
Entzündungen bei Diabetes. Beeinflussg. d., Schiller 898.
Entzündungstherapie. Anästhesie in der, Spiess u. Feldt 1826.
Enuresis u. Schilddrüsenextrakt, Firth 927.
— nocturna d. Kinder. Behdlg. d., Rutnäh 927.
Eosinophilie der Harnwege 1783.
Epheliden u. Sehakt, Pernet 1767.
Epidermis u. Kutis. Verbindg. zwischen, Nonnenbruch 1224.
Epidermiszellen bei Parakeratose. Fettgehalt d., Cedercreutz 1187.
Epidermiszysten. Kongen. Pemphigus mit, Heulz 1256.
Epidermolysis bullosa hered., Hoffmann 1651.
Epididymektomie i. d. Genitaltuberkulose, Marinesco 1075.
Epididymitis b. ält. Männern. Chron. Urethrit. post., Vesikulit., Barker 935.
— als Folge v. Muskelspanng. Akute, Edwards 961, Grant 1799.
— Chirurg. Maßnahmen geg. d. Spätfolgen d., Walsh 961.
*— Unbewußte Gonorrhöe trotz Striktur u. doppelseit., Heim 1585.
— Potentia generandi trotz doppels. tuberkul., Bull 1797.
— antiperistaltica 1799.
— blennorrh. Radioaktiver Schlamm bei, de Beurmann 1819, de Beurmann, Regnauld u. Cottin 1819.
— — mit Gonokokkenvakzine. Bhdlg. der, Buteau 1819 (bis)
— duplex. Künstliche Befruchtg. bei, Rohleder 1800.
— erotica, Oppenheim 1799.
Epididymo-Vaginalitis. Punktion d. Tunica vaginalis i. d. Bhdlg. d. blennorrh., Thiault 1018.
Epiduralen Injektion v. künstl. Serum. Method. d., 926.
Epilation. Elektrolytische, Dubreuilh 1620.
Epileptiforme Anfälle, s. Salvarsan IV.
Epithels d. seborrh. Warzen. Fettgehalt d., Cedercreutz 1187.
Epitheliom der behaarten Kopfhaut (sog. Adenoma sebaceum). Gutartiges, Hedinger 870.
— Multipl., benignes zystisches, Dore 920.
— Amputation d. Penis u. d. Corpora cavernosa wegen, Le Clerc-Dandoy 933.
— Lymphbahnen d. Skrotums und Radikaloper. bei, Morley 958.
— d. Prostata u. s. Behdlg., Mahmoud 966.
— auf Lupus usw., Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1067.
— Lupus u., Garibaldi 1192, 1312.
— Syphilis u., Garibaldi 1192, 1312.
— d. Nierenbeckens. Papilläres, Jeanbrau u. Etienne 1263.
— d. Zunge, Guild 1331.
— Arsenkeratose u., Löwenberg 1385.
— im ersten Anfang 1385.
— Sklerodermaähnliches 1385.
— d. Urethra. Primäres, Romano 1789.
— s. auch Hautepitheliom.
Epithelioma. Multiple benign cystic, 870.
Epitheliome. Röntgenbhdlg. der, Callomon 1759.
Epitheliomatose, mit Kohlensäureschnee behandelt, Ledo 887.
Epithelkeime in der Haut. Abgesprengte, Firket 1610.

Digitized by Google

Epithelwucherungen beim Lupus. Atypische, Miyahara 1417.
Epithelzysten. Multiple, Wachter 1764.
Eruption circinée chronique de la main 1116.
Erysipelas im deutschen Heere, Büge 1741.
— gangraen. scroti et penis, Kocher 1742.
Erysipel als Äquivalent von Scharlach. Postdiphtherisches, Mayer 1655.
— Pyämie u. Endokarditis vegetans bei Gesichts-, Lesnè, Françon u. Gérard 1742.
— s. Rotlauf.
Erysipels. Vakzinebhdlg. d., Watters 1258.
— m. Jodtinktur. Bhdlg. des, Binet 1742.
Erysipeloidfrage, Günther 1744.
Erythem, Blaschko 1063.
— Augenläsionen beim polymorphen, Terson 1648 (bis).
— u. Tuberkulose. Polymorphes, Ciuffini 1648.
— d. Gesichts. Akut. figuriertes, Tommasi 1330.
— d. Mundschleimhaut. Polymorphes, Terzaghi 1192, 1312.
— d. Zunge. Polymorphes, Terzaghi 1159.
— s. Lichterythem.
Erythema u. Tod inf. v. Darmkatarrh, Unwin u. Eddowes 1339.
*— elevatum et diutinum, Piccardi 1115.
— exsudativum-ähnl. Eruption, Blaschko 1063.
— ab igne, Hartzell 1360.
— induratum Bazin 1413.
— multiforme. Pathogenese d., Lesieur u. Marchand 1342.
— — u. Tuberkulose, Lyonnet und Martin 1342.
— — Natr. cacodyl. bei rezid., Cuthbertson 1342.
— nodosum 1413, Craig 1343, Pollock 1343, Williams 1344.
— — Ätiologie des, Brian 1343, Neave 1344.
— — u. Tuberkulose, Pic 1343, Meara u. Goodridge 1343, Terson 1648, Pollak 1648, Dunlop 1648.
— — Tuberkulöse Natur des, Courmont, Savy u. Charlet 1343.
— — tuberk. Ursprungs, Alamartine 1649.
— — m. Mammatuberkulose, Weber 1253.
— u. Glaukom, Terson 1648.
— bei Masern, Perigal 1343.
Erythema nodosum u. Syphilis, Gueit 1649.
— pernio. Pathogenese des, Simonelli 1192, 1312.
— perstans 1342.
— polymorphum bull. Atypischer Fall v., Brac 1070.
Erythématosclérose pseudocheloidienne 1115.
Erythemato-Sclerosis phlyctaenulosa und Angiokeratom der Hände usw., de Azúa 862.
Erytheme, Lutembacher 1636, Troitzkaja 1647.
— Idiopathische, Geber 1445.
— Scharlachähnliche 1652.
— m. malignem Symptomenkomplex bei infekt. Krankheiten, Hutinel 1317.
Erythrasma, di Loreto 1424.
Erythrodermia congen. ichthyosiform., Galewsky 1095.
Erythrodermies pithyriasiques en plaques disseminées 848 ff.
— Resistent maculo-papular scaly 852.
Erythrodermische Hauttuberkulose 1669.
Eselvakzine 1661.
Esthiomène, Heller 1096.
Eukalyptusbehandlung des Scharlachs, Koerber 1366, Kretschmer 1656.
*Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Parapsoriosis en gouttes (Brocq). Ein Fall von Parakeratosis variegata, Hodara 848, 877.
Exanthematischer Typhus, s. Typhus.
Exantheme. Hautkrankheiten u. fieberhafte, Schamberg 1599.
Extragenitale weiche Schanker. Nicolas, Moutot u. Gaté 1749.
Extraurethrale genitale Blennorrhöe s. Blennorrhöe.

Farbenreaktion d. Hautsekretes üb. tuberkul. Lungenabschnitten, Fischer 1346.
*Farbenphotographie im Dienste der Dermatologie, Merian 1430.
Favus bei Neugeborenen, Géber 1591.
— corporis, Havas 1737.
— -Skutulum am Augenlide. Isoliertes. Brault 1066.
Fazialis- u. Akustikuslähmung s. Salvarsan IV.
— Paralyse 1314.
„Ferngefühl" als Hautsinn. Das, Kunz 1224.
Fette i. d. dermatol. Praxis, Burnier 1617.
Fettleibigkeit 1640.
Fibrolysin auf narb. Gewebe. Sidorenko exper. u. klin. Unters. üb. d. Wirkung des, Mendel 896.
Fibrolysinwirkung auf Narbengewebe. Sidorenko 1761.

Digitized by Google

Fibrom. Nasen-, W. J. Collins u. J. D. Collins 874.
Fibroma molluscum gravidarum, Brickner 888.
— subcutis, Heidingsfeld 1133.
Fibrome, Morris 920.
Fibromyom d. Samenblase, Ceelen 964.
Fibrosarkombildung in leprösem Narbengewebe, Savatard 1444.
Fieber. Eruptive, Brelet 1651.
Figuriertes Erythem d. Gesichts. Akutes, 1330.
Finsenlampe. Therapie d. Lupus d. Kehlkopfes m., Fujinami 1095.
Finsentherapie bei Trachom, Grönholm 1038.
Fleckfieber, Fürth 1663.
Fleckfiebers. Erreger des, Fürth, 1664.
Fleckfiebererkrankungen in Tsingtau 1911, Fürth 1664.
Flecktyphus in Djebel Djougar, Henry 1664.
— Hlava 1665.
Flecktyphusepidemie in Süd-Schantung 1911, Kreyenberg 1665.
Fluor albus. Bedeutg. des, Goelet 1013.
Flusses. Trockene Behdlg. des weißen, Wille 1815.
Follicolite decalvante 1770.
— depilante 1770.
Folliklis 1413, Domernikowa 1422.
Folliculitis u. Perifolliculitis ulcerans serpiginosa, Bizzozero 1591.
— Atrophierende, Martinotti 1770.
— nuchae scleroticans 1089.
— 1329.
Formaldehydverbindungen reduzierender Körper in der Dermatologie, Dreuw 1093.
Frambösie verschiedene Krankheiten? Sind Syphilis u., Neisser 1104.
— Spezif. Veränderngn. d. Haut d. Hände u. Füße b., Baermann, 1221.
— Späterscheinungn. d., 1221.
— Salvarsan bei, Rost 1747.
Frambösische Erkrankgn. in Brasilien 1749.
*Frenulum praeputii u. Bedeutg. b. d. Infektion d. Urethra, Funktion des, Hesse 1384. *1500.
Frien. Maladie de, 1737.
Frostbeulen. Behandlg. d., Jourdanet 1341.
Fulgurationsmethode, Bainbridge 1619.
Furunkel 1329.
Furunkulosis usw. m. Opsonogen. Bhdlg. der, Odstrčil 1423.

ärtnerkrankheiten, Kanngieser 1645.
Gärungssaccharimeter, Weidenhoff 997.
Gangrän d. 4 Extrem., Hendrix 897.
— mit bes. Berücksicht. d. Heißluftbhdlg. Behandlungsarten d. Extremitäten —, Mougneau 897.
— mittels heißer Luft. Behandlg der, Sigwalt 898.
— Tödl. endende vasomotorische, Wilson 898.
— Natriumperborat i. d. Bhdlg. d. diabetischen, Hersfeld 898.
— zweier Fingerphalangen. Spontan-, Wieland 1141.
— Pathogenese d. sog. spontanen, Todyo 1339.
— d. Nase u. Zehen bei Phosphorvergiftung, Wagner 1339.
—? Gibt es eine hyst., Yver 1342.
— Bhdlg. d. angiosklerot., Luxembourg 1771.
— Ungewöhnliche 1788.
— s. auch Haut-, Karbolgangrän.
Gangränherde. Multiple, Isaac 1063.
Geimpft? Warum werden wir, Dohrn 1661, Bemerkgn. hierzu, Beltinger 1661.
Geimpfter. Nachbehandlung, Lehmann 1663.
Geistesstörungen. Prä- u. postoperative 1073.
Gelenkerkrankungen. Chron. Blennorrhöe u. and. Infekt. des Urintrakts und, Kreiss 1824.
— Klinik der, Schmidt 1825.
Gelenkkomplikationen des Trippers s. Tripper.
Genitale. Eigenartige Geschwürsform d. weibl., Lipschütz 1595.
Genitalien usw. Mann mit vollkommen weibl. äuß., Hirschfeld u. Burchard 927.
Genitalharnwege s. Tuberkulose.
Genitaltuberkulose in Verbindg. m. d. Nierentuberkulose, Perez del Yerro 930.
— Epididymektomie in der, Marinesco 1075.
— Operationen der, Lance 1784.
— Behdlg. der Urogenital- und, Le Fur 1264.
Genito-suprarenaler Symptomenkomplex, Gallais 1783.
Geroderma genitodystrophicum, Chiara 928.
Geschlechtliche Infektion. Ano-rektale Erkrankgn. dch., McVeigh 1332.
Geschlechtlichen Verkehre. Unfälle beim, Lipa Bey 1266.
Geschlechts. Z. Kenntnis des „fraglichen —", Arzt 927.
Geschlechtsapparat, Simmonds 1783.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten, Jeanselme 1228.
— Lehrbuch der Haut- und, Riecke 1221.
— in Braunschweig, Schultz u. Sternthal 1230.
— Statist. Erhebgn. über Verbreitung d,. Blaschko 1477.
— u. Heilschwindel, Alexander 1457.
— u. deren Beziehg. z. Kindersterblichkeit u. Rasseverschlechterung, Morrow 1229.
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der, 1322.
— Maßnahmen z. Bekämpfung d., Pappritz 1230.
— Verhütung und Bekämpfg. der, Stern 1554.
— Verhütung der, Bachmann 1606.
— Persönl. Prophylaxe d., Zieler 1229.
— Norm der Prophylaxe d., D'Amato 1312.
— Anzeigepflicht für, 906.
Geschwülste mit Komplementbindungsreaktion. Serodiagnostik der, Dungern 1274, 1611.
— Radiumtherapie d. bösartigen, Dohi u. Mine 1390.
— s. auch Gewächse, Tumoren, Neubildungen, Neoplasma.
Geschwulst (Endotheliom). Eigenartige Stirn —, Ruotsalainen 869.
— bei der Maus. Seltene, Apolant 1090.
— s. auch Blutgeschwulst.
Geschwür der Blase. Einf. chron., 1794.
Geschwüre. Schmutzige, Beck 895.
— s. auch Haut-, tropische, Unterschenkel-, variköse, venerische, Vulvageschwüre.
Geschwüren. Neuer Zellbildner bei Behandlung von, Macalister 1284.
Gesichtsentstellungen. Kaschierung von, Lewitt 1346.
Gewächsen. Röntgenstrahlen b. malignen, Knox 1752.
— s. auch Geschwülste, Neubildungen, Tumoren, Neoplasma.
Gewerbliche Erkrankungen der Haut. Herxheimer 1339.
Gichtanfalle. Neoplasma der Niere mit interkur., Pillet 1262.
Giftwirkungen durch Eiweiß. Herabsetzung von, Boruttau 1612.
*Glandula caudalis bei Cavia cobayä. Sprinz 1371.
Glans. Pruritus der, Dubois-Havenith 1787.
Gomenol. Gueguen 1285.
Gommes scrofuleuses disséminées 1413.
Gonojodin 1043.
Gonokokkaemie, Weitz 1817, Hodara 1817.
Gonokokken a. d. zirkul. Blute. Kultur d., Rey 1253, 1816.
— Zerstörung d., Fulton 1277.
— in der Harnröhre des Mannes. Persistieren der, Keyes 1016.
*— Einfluß gallensaurer Salze auf Karwowski 1059.
Gonokokkenarthritis im akuten Stadium. Behandlung der, Bain 1023.
Gonokokkendiagnose. Jensen 1816.
Gonokokken-Infektion. Gegenwärt. Stand der, Rawls 1016.
— — der Niere. Hagner 1021.
— — Nervöse Erscheinungen bei der, Martinotti 1021.
— Septikopyämie u. Proktitis blennorrh., Wiener 1022.
Gonokokkenvakzine. Behandlung der Epididymitis blennorrh. mit, Buteau 1819 (bis).
— behandelt. Blennorrh. Rheumatismus mit, Bonnamour 1822.
— Arthigon, Schultz 1041.
Gonokokkus. Ungewöhnl. Lokalisation d., Trogu 1012.
— bei Vaginitis d. Kinder. Irrtümer b. Nachweis des, van Gieson 1019.
*Gonorrhöe. Vakzinebehandlung der, Föckler 1395.
*— trotz Striktur u. doppels. Epididymitis. Unbewußte, Heim 1585.
— s. auch Blennorrhagie, Blennorrhöe, Tripper, Urethritis blen.
Gonorrhoica. Cowperitis, Homma 864.
*Gonorrhoischen Erkrankgn. Komplementbindungsmethode bei, Lenartowicz 1179.
Gramfärbung 1816.
Granulom. Pilzähnl., Serebrennikow 983.
Granuloma anulare 1116, Define 1741.
— pedicalatum (sog. menschliche Botryomykose), Heuck 858.
— venereum. Ätiologie d., Flu 1221.
— pediculatum, Alexander 1064.
Granulome. Pathol. u. Ätiol. d. sog. teleangietat., Konjetzny 1741.
Granuloms. Ätiologie der infekt. oder vener., Siebert 1749.
Gravidität. Veränderg. d. Achselschweißdrüsen wd. der, Waelsch 1591.
Gynaecomastia unilateralis sin. 985, 1323.
Gynäkologischer Hauterkrankungen mit Röntgenstrahlen. Bhdlg., Runge 1815.

Haar einen gelösten Farbstoff? Enthält das, Meirowsky 1128.
— Pinsel-, s. Pinselhaar.
Haare. Fleckförmiger, völliger Pigmentverlust der, Huebner 1124.
— der Säugetiere. Technik des Haarkleides u. d., Friedenthal 1222.

Digitized by Google

*Haare d. Kinnes. In ihrem Innern eine Talgdrüse enthaltende, Giovannini 1235, idem 1387.
— Nägel. Haut, Schultz 1337.
— nach Nervenläsionen. Ergrauen der, Cheatle 1774.
Haarausfall. Allgem., Hollande 921.
— Vorzeitiger, Saalfeld 1156.
— b. Zirkulationsstörungen. Akut., Walsh 1331.
Haarausfalles. Ursachen d., Lemée 921.
— Ursache und Behandlung des gegewöhnlichen, Kromayer 1383.
Haareinpflanzungsmethode. Neue, Havas 1190.
Haarfärbemittel Sublimior, Bödtker 1082.
Haarkleides und Haare der Säugetiere. Technik des, Friedenthal 1222.
Haarpflege. Vorbeugende, 1729.
Haarverlust u. seine bio-kinet. Bhdlg. Der diffuse, Bulliard 1336.
Haarwuchs, Schein 1601.
Häkchen. Das schneckenförmige, Herff 953.
Hämangioendotheliome, Saalfeld 1588.
Hämongiome mit multiplen Lipomen, Bowen 1763.
Hämangiosarkom, Licini 868.
Hämatoporphyrinurie bei Bleivergiftung, Goetzl 998.
Hämaturie, Blum 998, Swift Joly 1258, Miller, Volk, Bell 1809.
— b. Appendizitis, Frisch 998.
— Rolle der Leber bei Entstehung der, Roque u. Chalier 1262.
— mit Niereninfarkten, Marion 1448.
— Essentielle 1809.
— s. auch Syphilis IE.
Hämaturien inf. Erkrankung der Umgebung, Gouget 1809.
Hämochromatosis 889.
Haemoglobinuria e frigore, Betti 1809.
Hämoglobinurie. Ätiologie d. paroxysmalen, Fejes 998.
— Paroxysmale, Grafe 999.
— Histologie d. Niere bei, Miller 999, Bemerkungen hierzu, Ribbert 999, Erwiderung Miller 1810.
— und Nierenschädigung, Paroxysmale, Tedesko 1810.
Hämoglobinurien. Frage d., Camus u. Pagniez 998.
Hämolysine 1139.
Hämophile Blutg. a. d. Harnröhrenschleimhaut, Schubert 936.
Hämorrhoiden. Proktitis als Ursache d., Boodkin 896.
Hämospermie. Essentielle, Shropshire 1035.
Händedesinfektion. Küster u. Geisse 1826.
Hallopeausche Krankheit. Brocq und Françon 1066.
Hansenschen Bazillus ins Kaninchenauge. Inokulation des, Serra 1411.
Harn. Nachweis der Albumosen im, Fittipaldi 994.
Harns. Bedeutung des Fett-, Cohn 1073.
— bei Masern und anderen Infektions-Krankheiten. Giftigkeit des, Aronson u. Sommerfeld 1659.
Harnantiseptikum. Fischer 1598.
Harnbeschwerden. Mechanism. d. prostat., Lendorf 964.
Harnbestandteile. Polychrome Färbung geformter, Schott 992.
Harnblase. Sensible Innervat. v. Darm u., Froehlich u. Meyer 938.
— wegen Blasenkrebs. Totale Entfernung der, Laurens de la Barre 938.
— d. Frau. Fremdkörper in der, Höhne 953.
— d. Weibes. Extraktion v. Haarnadeln aus der, Hüssy 953, Bemerkung hierzu, Stoecke 953.
— s. auch Blase.
Harnblasenpapillomen in Sarkom. Mutation von, Leuenberger 1761.
Harnblasenrupturen. Intraperit., Herzen 954.
Harndesinfektion durch innere Arzneimittel. Britz 994.
Harndesinfiziens. Wirksamkeit des Myrmalyds als, Esch 931.
Harninkontinenz u. Harnröhrenverletzung Eising 1815.
Harnkanälchen um Infarkte herum. Kollaterele Atrophie von, Spielvogel 1000.
Harnkranke. Poliklinik für, Adrian 1266, 1408.
Harnlassen. Bedeutung der Prostata beim, Lendorf 964.
Harnleiden. Belladonna-Extrakt bei, Guépin 1037.
Harnmenge. Bestimmung d. Residual-, Adrian 1072.
Harnorgane. Spezif. Behandlg. der baz. Infekt. d., Michaelis 928.
— Tuberkulose der, Wildholz 1557.
Harnröhre e. Weibes usw. Spermasekretion a. d., Hirschfeld u. Burchard 927.
— Sagittale Verdoppelung der weiblichen, Grubenmann 1016.
— des Mannes. Histol. u. Genese d. kongen. Divertikel d., Suter 935.
— — — Dauerinjektion f. d., Asch 1073.
— m. Spülmassage. Behandlg. d. vord., Wossidlo 1073.

Digitized by Google

Harnröhre. Behandlung d. Krankheit. d. hint. Hawkins 933.
— Pathologie d. Polypen d. hint., Lipmann-Wulf 1128.
— Abguß der, 1790.
— Fremdkörper der, Berg 1792.
— Instrument z. Untersuchung u. Behandlung d. vord., Schlenska 1789.
— Verätzung der, Petersen 1790.
Harnröhrendefekte. Operat. Behandlung großer, Ekehorn 936.
Harnröhrendefektes dch. die V. saphena. Ersatz eines, Mühsam 1789.
Harnröhrenentzündungen. Elektrolyt. Detersion bei chron., Roucayrol 1790.
Harnröhrenerkrankungen. Blennorrhoische 1019.
Harnröhrenjucken. Chron., Greenberg 934.
Harnröhrenkonkremente s. Urethra.
Harnröhrenschleimhaut. Hämophil. Blutg. a. d., Schubert 936.
Harnröhrenspülungen. Janetsche, Dufaux 954.
Harnröhrensteine. Speese 1792, Britnew 1792.
Harnröhrenstriktur. Artefiz. Hypospadie bei, Russel 1788.
— m. Hyperämie hervorruf. Bougies. Behandlg. der, Kobelt 1791.
Harnröhrenstrikturen. Tuberk., Minet 935.
Harnröhrentripper s. Tripper.
Harnröhrenverletzung. Harninkontinenz nach, Eising 1815.
Harnsaurer Diathese. Fibröse Perinephritis bei, Illyés 1190.
Harnsäure. Quantit. Bestimmg. d., Aufrecht 992.
Harnsedimente. Färbemethodik der 1783.
Harnsteine. Röntgendiagnose der, Seelig 1074.
Harnstoffes a. d. Nierensekretion b. Oligurie. Einfluß des, Picot 1262.
— Dosierg. des Blut—, Chevassu 1806.
Harnstoffausscheidungskoeffizient der Nieren, Balavoine u. Onfray 1812.
Harnstoff-Ausscheidungskonstante, Carrion u. Guillaumin 1806.
Harnuntersuchungen am Krankenbett, Richter 992.
Harnverhaltung. Therapie d., Partner 927.
— s. a. Retentio.
Harnwege bei männl. Säuglingen. Eitrige Erkrankungen d., Hepner 928.
— im Säuglingsalter. Diätet. Behdlg. d. eitrigen Erkrankungen d., Nothmann 1785.
— bei frisch verheirateten Frauen. Aufsteigende Inf. der, Sippel 1784.
Harnwege. Koliinfektion der, Franke 929
— Kolibazilleninfektion d., Rawels 929 (bis).
— Antisepsis der, Remete 930.
— mit Balsamizis u. internen Antiseptizis. Behdlg. d. Erkrankung d., Pasquet 931.
— Bakterizide Therapie bei akuter und chron. Infekt. d., Berghausen 1331.
— Hexal bei Infekt. d., Frank 1786.
— Behdlg. d. Tuberkulose der, Leguen u. Chevassu 1036.
— Meerschweinchen und Diagnose der Tuberkulose d., Arms u. Wade 1331.
— bei Asthma bronchiale. Eosinophilie d., Edelmann u. Karpel 1783.
— Durch Radiographie gewonnene Indikationen bei der Steinkrankheit der, Boursier 1038.
— bei Typhus. Absteigende Infektion d., Lemierre u. Abrami 1260.
Harnweges nach Prostatektomie. Herstellung des, Licini 1805.
Haut, Haare, Nägel, Schultz 1337.
— Chemie der, Luithlen 1601.
— und Unterhautzellgewebe usw. Fortschreitende Zerstör. von, Riedel 1610.
Hautabszeß. Blennorrh. 1161.
Hautaffektionen mit Kohlensäureschnee. Behdlg. umschriebener, Halle 1096.
Hautarterien, Walcker 1601.
Hautatrophie. Zirkumskripte idiopathische —, 853.
— Lupus erythem. in Form einer fleck., Verrotti 901.
— u. Lupus erythem., Belot u. Fage 1255.
Hautausschlägen. Moderne Anschauungen betr. d. Bedeutung v., Adamson 1232.
Hautausschläge b. Kindern, Bunch 1233.
Hautdiphterie, Sowade 1158.
Hautepitheliome. Röntgenstrahlenbehdlg. der, Taparelli 1759.
— a. d. Boden v. Dermatosen. Entwicklg. der, Porcheron 1274.
— m. Jequirity. Behdlg. des Schleimhaut- und, 1036.
Hautepithels. Seröse Entzdg. des, Terebinsky 1610.
Hauterkrankung. Für Pediculosis capit. charakt., Salomon 925.
Hautextrakten. Wirkg. von, Meirowsky 1611.
Hautgangrän nach Luminalinjektion. Lokale, Fürer 1646.
Hautgefäße s. Syphilis I G.
Hautgeschwüre. Lichtbhdlg. torpider, bes. tuberkul., Thedering 1750.
Hautgeschwüren. Bhdlg. v., Ochs 1258.
Hautinfektion bei Blennorrhöeinfektion. Irons 1017.

Digitized by Google

Hautjucken bei Tabes, Savin 922.
Hautkarzinome usw. Röntgenbehandlung der, Körbl 867.
Hautkrankheiten. Lehrbuch der Geschlechts- und, Riecke 1221.
— i. d. Ohren- u. Kehlkopfpraxis. Syphilis und, Lutz 888.
— behaft. Frauen in Petersbg. Fürsorge der m. vener. u., Prosskurjakow 1178.
— u. Abnormitäten am Herzen, Walsh 1444.
— u. fieberhafte Exantheme, Schamberg 1599.
— u. Nervensystem, Politzer 1609.
— Ansteckende, Bowen 1613.
— Ätiologie der, Finger 1232.
— Innere Ursache b., Hirschberg 1609.
— Therapie d., Knowsley Sibley 1100.
— Behdlg. einger., Hardaway 1615.
— im Kindesalter. Bhdlg. von, Cramer 1615.
— und Bäder, Vollmer 1618 (bis).
— Diät bei, Dardel 1278.
— Hexamethylentetramin bei, Lowe 888.
— Jontophorese bei, Knowsley Sibley 1034.
— mit Menschenserum. Behandlung der, Heuck 1476.
— Physikal. Therapie der, 1254.
— Radium bei, Sierra 1315.
— m. Strahlenenergie. Behandlung der, Proskurjakow 1275.
— Teerbehandlung der, Nobl, 1289.
Hautkrebse. Röntgenstrahlen bei d. Therapie der, Blecher 1754.
Hautkrebses dch. Adrenalin. Verschwinden eines, Ritchie 1758.
Hautläsionen bei einer hysterischen Simulantin, Desneux 1342.
Hautleiden. Strahlende Wärme u. warmes Wasser als Bhdlg. chron., Toth 1277.
Hautnarben. Behandlung der, Thilo 872.
Hautpflege. Zahn- und, Bauer 1605.
Hautpigmentierung b. perniziöser Anämie, Mosse 1129.
Hautreaktion n. Röntgenbestrahlg. durch Adrenalinanämie. Beeinflussung der, Schmidt 1157.
— auf chem. Reize, Schultz 1157.
— Pirquetsche, Ljubarski 1669.
Hautreaktionen bei infektiösen Krankheiten, Bruyant 1233.
— Chipman 1608.
Hautreizung als Erreger der Speicheldrüsenarbeit b. Hunden. Starke farad., Jerofajewa 1233.
Hautschutz in d. Röntgen- u. Radiumtherapie. Adrenalinanämie als, Reicher u. Lenz 1284, 1622.
Hautsekretes über tuberkulös. Lungenabschnitten. Farbenreakt. d., Fischer 1346.
Hautsensibilität, Goldscheider 1225, 1601.
Hautsinn. Das „Ferngefühl" als, Kunz 1224.
Hautsporotrichosis, Fosten u. Thearle 1738.
Hautstriae bei Tuberkulösen. Die dorsolumbalen, Sabourin 897.
Hauttätigkeit als Krankheitsursache. Unterdrückung der, Winternitz 1609.
Hauttemperaturen d. Säuglinge, Mendelsohn 1224.
Hauttrichophytie durch Kalbslymphe, Bidault 1424.
Hauttuberkulide n. d. Bierschen Methode. Bhdlg. d. nodulären, de Aja u. Serrano 1314.
— Ätiologie u. Pathogenie der, Gougerot u. Laroche 1677.
Hauttuberkulose 854, 1413.
— Entzündliche, Alamartine 1649.
— Allg., schuppende, erythroderm., Bosellini 1669.
— Vom Rinde stammende, Cosco, Rosa u. de Benedictis 1670.
— usw. Morosche Tuberkulinsalbe bei, Jadassohn 1124.
— Bhdlg. der, Doutrelepont 1192.
— Bekämpfg. der, Hamel 1671.
— Prognose und Therapie der, Jungmann 1670, 1671.
Hauttuberkulosen im Kindesalter. Disseminierte, Leiner u. Spiller 1413.
Hauttumoren. Lymphat. Leukämie mit, Fimmen 1308.
Hautvenen usw. Ektasierte, Valedinsky 891.
Hefetherapie d. Blennorrhöe, Cronbach 1043.
Hegonon, ein neues Antiblennorrhoikum, Garin 1043.
Heißer Luft. Bhdlg. d. Gangrän mittels, Sigwalt 898.
— — Bhdlg. d. Gelenkkomplikationen d. Trippers mit, Rombach 1024.
— — bhdlt. Lupus, mit, Vignat 1065.
— — — Weicher Schanker am Mittelfinger, mit, Balzer u. Belloir 1067.
— — b. Erkrankg. d. männl. u. weibl. Urogenitalorgane. Anwendg., Gouhut 928.
Heißluftbehandlung d. Extremitätengangrän, Mougneau 897.
— d. Ekzeme im Säuglingsalter, Perlmann 1421.
Hektin. Prognose d. Hörstörgn. dch., Gaucher u. Guggenheim 1285.
Hektins. Dosierungen u. Gegenanzeigen des, Balzer 1286.

Digitized by Google

Heliotherapie, Zadro 1276.
Hemiatrophia facialis progressiva, Hirvola 1390.
Henochsche Purpura s. Purpura.
Hepatoxin, Yamazaki u. Baba 1390.
Herpes an den Beinen, Lea 1363.
— im Anschluß an Spina bifida, Wink 1363.
— gestationis 1362.
— tonsurans der behaarten Kopfhaut. Behandlung des, Ridell 1425.
— s. auch Zungenherpes.
— Zoster, McVeg 1034.
— — Histopathologie des, Hoffmann u. Frieboes 1097.
— — u. Immunität n. Zoster, Minet 1363.
— — a. d. Beinen, Laslett 1363.
— — auricularis et para-auricul., Closier 1364.
— — u. Varizellen, Heim 1647.
Herxheimersche Reaktion 887.
Herzkropf 996.
Ernst Heuss † 1289.
Hexamethylentetramin 1289.
— usw., Fullerton 955.
— Sulfosalizylsaures 1785, 1786.
— s. a. Hautkrankheiten.
Hexal, Seegers 1785, Boss 1786.
— bei Infekt. d. Harnwege, Frank 1786.
Hg-Verbindungen. Gift- u. Heilwirkgn. organ., Schöller u. Schrauth 1623.
Hidrocystoma papilliferum 1156.
Hirte. Der gute, Dauchez 1026.
Hochfrequenz geheilt. Lokale Asphyxie, mit, Gaztelu 1338.
— bei bösartigen Neubildungen. Röntgenstrahlen und, Müller 1752.
Hochfrequenzbehandlung. Lokale, Engelen 1619.
Hochfrequenzfunkenbehandlung d. Leukoplakie, Bruniquel 1422.
Hochfrequenzströme in der Dermatologie, Da Gradi u. Trevisan 1620.
Hochfrequenzströmen. Endovesikale Behandlg. v. Blasentumoren mit, Bachrach 1794.
Hochfrequenzstroms. Intravesikale Operation v. Blasengeschwülst. m., Kutner 1793.
Hoden bei Nebenhodentuberkulose, Samuel 961.
— Ektopischer, Wachtel 1798.
— Bhdlg. d. Prostatahypertrophie durch Röntgenbestrahlung der, Hock 967, Tappeiner 1804.
Hodens. Achsendrehung d., Attlee 958.
— u. der. Bhdlg. dch. Radikaloperation. Maligne Affekt. d., Davies 959.
— Sarkom des, Stokes 960.
Hoden m. Peritonealstücken. Wiederherstellg. d. Tunica vagin. d., Libroia 962.
— Infantilismus u. Insuffizienz d. inn. Sekretion des, Souques 1797.
— Zwischenzellen d., Hausemann 1798.
— dch. Röntgenstrahlen. Zellveränderg. des, Barrat u. Arnold 1798.
— Luxation d., Poisson u. Lerat 1798.
Hodenatrophie u. Parotitis epidem., Hall 961.
Hodenbestrahlung b. Prostatahypertrophie, Ehrmann 968.
Hodeninfarkts. Entstehg. u. Organisation des, Michael 960, 1799.
Hodenkarzinom, Violet 1799.
Hodenkrebses usw. Chirurg. Behdlg. des, Calin 959.
Hodenneuralgie, Ballenger u. Elden 1798.
Hodenteratom. Metastasierendes. Movi 960.
Hodentuberkulose. Intrakanal. Riesenzellen bei der, Lotsch 961.
Hodentumoren. Histogenet. Ableitg. der, Frank 959.
Hodenveränderung. Exper. Untersuchgn. üb. Leberschädigg. u., Schopper 960.
Hodenverletzung. Krebsbildung u., Haberen 959.
Höhensonnenbad 1733.
Hörstörungen durch Hektin. Prognose d., Gaucher u. Guggenheim 1285.
— s. a. Salvarsan IV.
Holzphlegmone. Reclussche, Cosentino 1741.
Hôpital International, Meschtscherski 1309.
Hormonal. Wirkung des, Casper 1331.
Hühnerspirochätose. Perkutane Infektion mit Spirochäten der, Schellack 1481.
Hufeisenniere s. Niere.
Hunterian Lectures 1045.
Hydrargyrum formamidatum mit u. ohne Hirudin. Intraven. Injekt. v., Raether 1193.
Hydroa. Buccale Läsionen bei, Prévost 1344.
— aestivalis, Justus 1649.
— vacciniforme vel aestivale, Dore 1252.
— — (Bazin), Tapken 1344, Roussignol 1651.
Hydronephrose mit intermittierenden Krisen. Orthopädische Resektion des Nierenbeckens bei, Gayet 865.
— einer Hufeisenniere usw., Grégoire 865.
— vortäuschend. Erkrankgn. Diagnose der, Trinkler 1073.
— Traumatische, Wagner 1190.
— mit intermitt. Retention, Grégoire 1261.

Digitized by Google

Hydrophilie, Iscovesco 1640.
Hydrosyntasie, Iscovesco 1640.
Hydrozele. Vakzinebehdlg. d., Mallannah 962.
— Autoserotherapie der, Caforio 1800.
— 1787.
Hygrom d. Testikels, Herpster 1258.
Hyperämie od. Lymphstauung? Gelinsky 1616.
Hyperhidrosis m. kontin. Fieber, Herbert 922.
— circumscripta, Sutton 1775.
Hyperkeratosen auf uroseptischer und arthritischer Basis, Buschke 1092.
Hypertrichosis in d. Sakrolumbalgegend. Physiolog., Bernardeau 1781.
— Ätiologie u. Therapie der, Baum 1782.
— deren Behdlg. mit X-Strahlen, Stern 925, Savill 1782, Rayner 1782.
Hypophysistumor ohne Akromegalie, Martius 1765.
Hypospadie, McDougall 1788.
— 3. Grades, Lakshmi-Pathi 931.
— des Penis b. Kinde, Ombrédanne 932.
— bei Harnröhrenstriktur. Artefizielle, Russel 1788.
— -Operation. Der augenblickl. Stand der, Beck 932.
Hysan. Schnelldestillator 1626.
Hysterische Gangrän? Gibt es eine, Yver 1342.
Hysterischen Simulantin. Hautläsionen b. einer, Desneux 1342.

Jahreszeiten. Verschied. Giftigkeit des Schimmels nach den, Ceni 1228.
Ichthynat (Heyden), Cordes 1287, Aufrecht 1288.
Ichthyosiformer Nävus 1593.
Ichthyosis, Williams 1253.
— Generalisierte, Bernardeau 1490.
— Universelle, Bunch 1252.
— congenita 1092, Meyenberg 1777.
— hystrix serpentina, Kudisch 985.
— vulgaris 1092.
Ichthyosisfälle. Die atypischen usw., Bruhns 1092.
Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe 1233.
Jequirity. Behdlg. d. Haut- u. Schleimhautepithelioms mit, 1036.
Ikterus blennorrhoicus oder Ikterus bei ein. Blennorrhoiker, Boularan 1417.
— Hämolytischer, Anau 1776, Oulmont und Boidin 1776.
— u. Zystitis, Rach u. Reuss 1796.
— s. auch Salvarsan IV.
Immunisierung bei Lepra, Currie u. Clegg 1477.
— d. Haut. Heilversuch. d. lok., Beck 1607.
Immunität u. spez. Serumstoffen. Bzhgn. zw. natürl., Seiffert 1232.
— s. auch Transplantationsimmunität.
Immunitätsreaktion des Blutes Pellagrakranker, Tizzoni 1637.
Immunsubstanzen d. tier. Organism. 1618.
Impetiginöse Nierenentzündungen, Pollet 1422.
Impegtio u. Conjunct. ekzem. Ätiologie der, Pick 1421.
— ulcerosa m. Methylenblau. Bhdlg. der, Plicque 1734.
— vegetans, de Azúa 886.
— vulgaris 1329.
Impfergebnisse m. Desinfizientien usw., Zelle 1662.
Impffrage. Pocken- und, Böing 1659.
Impfgegnerische Bestrebungen 1660.
Impfgeschäft, Hillenberg 1662.
*Impfstellen m. alkohol. Lösg. v. Pikrinsäure u. Jod. Bhdlg. der, Schamberg *1355, Schamberg u. Kolmer 1391.
Impftodesfall. Angebl., Bröckerhoff 1663.
Impfung. Dermatitis bullosa nach, Kirby-Smith 1662.
—? Gibt es triftige Gründe gegen die, Banks 1663.
— s. auch Kaninchen-, Schutz-, Schutzpockenimpfung.
Impfungen. Desinfektion d. Infektionsfeldes bei, Brauns 1663.
Impotenz 1099.
— u. Perversität. Gerichtsärztl. Feststellung d., Porosz 957.
— Behdlg. der, Le Fur 1263, 1333.
— Bhdlg. d. sexuellen, Lissmann 1797.
Indurationen d. Corp. cavern. Plast., Zislin 932.
Infantilismus u. Insuffizienz d. inneren Sekretion des Hodens, Souques 1797.
Infektiöse Erkrankgn. n. Schwangerschaft usw., Mangiagalli 1047.
Infektionskrankheiten. Giftigkeit des Harns bei Masern u. anderen, Aronson u. Sommerfeld 1659.
Incontinentia urinae beim Kinde usw. Behdlg. der sog. essentiellen, Curet 926.
Inkontinenz. Bhdlg. d. orthostatischen Albuminurie u. d. infantilen, Tánago u. Pedraja 1037.
Intravesikaler Läsionen. Diagnose u. Behandlung, Moorhead 1794.
Jod 1139.
*— Bhdlg. d. Impfstellen m. e. alkohol. Lösg. v. Pikrinsäure u., Schamberg 1355.
Jodausscheidung b. Verabreichg. v. Jodpräparaten, Chlor- und, Heimann 993

Digitized by Google

Joddämpfe bei Zystitis, Farnarier 1796.
Jodeisen. Ausschlag dch., Grodall 1252.
Jodeisenausschlag 1253.
*Jododerma tuberosum fungoides, Pospelow 1571.
Jodoformidiosynkrasie, Bloch 1288.
Jodozitin, Isaac 1634.
Jodtinktur als Desinfektionsmittel der Haut, Noguchi 1231.
— Entfärbung der Haut bei Händedesinfektion m., H. Chabanier u. E. Chabanier 1346.
— Bhdlg. d. Erysipels m., Binet 1742.
Joha, Stroscher 1633.
Ionenlehre. Angewandte, Buchner 1265.
Ionisation b. Hautkrankheiten, Knowsley u. Sibley 1622.
Jontophorese i. d. Bhdlg. d. Hautkrankheiten, Knowsley Sibley 1034.
Iritis blennorrhagica, Hamon 1038.
Irresein, dann Syphilis, schließlich allgemeine Paralyse. Manisch-depressives, Lorenz 1174.
Jugenderziehung. Das Geschlechtliche in der, Kopp 1410.
Junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte. Was jeder, Hastreiter 1450.

Kalium chlor.-Zahnpasten gefährlich? Ist d. Gebrauch von, Bachem 1457.
Kalomelreaktion der Röntgenstrahlen, Schwarz 1082.
Kaninchen. Experim. Sporotrichosis beim, Chirivino 1426.
— s. auch Syphilis I C.
Kaninchens. Impfg. v. Lepramaterial in d. vordere Augenkammer d., Truffi 1191, 1311, 1389, Stanziale 1331, 1410, Verrotti 1667.
Kaninchenauge. Inokulation des Hansenschen Bazillus ins, Serra 1411.
Kaninchenauges, Verpflanzung v. Leprakoten i. d. Vorderkammer des, Chirivino 1411.
Kaninchenimpfung, Ponndorf 1390.
Kankroide. Flache 1280.
— inf. Röntgenstrahlen, Piazza 1758.
Kankroid n. Bhdlg. m. Kohlensäure. Narbe eines 1385.
Kapillaren. Die, McVeg 888.
— Erweiterte, Frick 1133.
Karbolgangrän, Buchmaster 1342.
Karbolsäure bei Lepra, Bertarelli 1477.
Karbunkel. Vakzinetherapie b. Diabetes-, McDonald 898.
— durch Zirkumzision. Behdlg. großer, Heddaeus 1740.
Karzinom d. Klitoris, Lockwood 1001.
— Atyp. Epithelwucherungen b. Lupus u. ihre Bziehgn. zum, Miyahara 1417.
Karzinom, Syphilis und, Gougerot 1506.
— Röntgentherapie bei, Braschkin 866.
— m. Selen. Bhdlg. von, Walker 1757.
— Taraxakum bei, Robson 1758.
— s. auch Adeno-, Angio-, Haut-, Hoden-, Lippen-, Prostata-, Röntgen-, Urethrakarzinom. Krebs, Epitheliom.
Karzinoms durch Röntgenstrahlen. Beeinflussung des, Meidner (Bemerkg.) 867.
— Addisionähnliche Form des Magen-, Gouget u. Thibaut 874.
— m. Mesothorium u. komb. Bhdlgs.-Methoden. Bhdlg. des inoperablen, Pinkus 1757.
Karzinoma et cornu cut. Xeroderma pigm. cum, Dohi u. Kodha 1259.
— sebaceum u. Ulcus rodens, Savatard 1444.
Karzinomatöse Degenerat. chron. Unterschenkelgeschwüre, Gottheil 1754.
Karzinomatöser Umwandlung. Leukoplakia penis mit, Iwasaki 1789.
Karzinombehandlung, Freund 1756.
*Kastration. Vergrößerg. d. Brustdrüse n. rechtsseitiger, Selenew 985, *1323.
Kastrierung, Onuf 1332.
Katheterismus vereitert. Pyelitiden. Urethraler, Penel 933.
— Aseptischer, Roosen 1787.
Keloid 1413.
— Nacken-, Gouin 872.
*— oder Dermatitis nuchae sclerotisans Nacken-, Trýb 1491.
Keloiden Narben. Bhdlg. der, Weinberger 1761.
Keloidakne des Nackens und ihre Behandlung, Pautrier 871.
— — — Histol. Untersuchg. der, Nicolas u. Favre 1762.
Keratodermia blennorrh., Simpson 1818.
Keratom. Hereditäres, Brauer 1593.
Keratoma disseminatum heredit. palmare et plantare 1593.
— palmare u. Vitiligo, Friedländer 900.
— — et plantare heredit., Torday 1778.
— — — — Torday 1778.
Keratosis. Trichloressigsäure bei seborrh., Montgomery u. Culver 1504.
— follicularis spurilosa im Gesicht. Bottelli 1191, 1310.
— — Trimble 1731.
*— spinulosa, Beck 1459.
Kittniere 1408.
Kitzelgefühls. Physiologie d., Sternberg 1225.
Klitoris. Karzinom der, Lockwood 1001.

Digitized by Google

Kochlearis- u. Vestibularislähmung 1199.
Kohabitationszystitis und -pyelitis 1784.
Kohlensäure i. d. dermatol. Therapie. Feste, Gallet 1280.
— z. Beseitg. oberfl. Tumoren. Feste, Koehl 1280.
— Narbe e. Kankroids n. Bhdlg. mit, 1385.
— Technisches z. Bhdlg. m. fester, Kretzmer 1622.
Kohlensäureschnee. Herstellung von, Ahlborn 1281.
*— Überempfindlichkeit d. Haut gegen Röntgenstrahlen und, Bogrow und Grintschar 1147. Dieselbe Arbeit 1161.
— Bhdlg. v. Angiomen u. Nävi m., Salomon 1623.
— behandelt. Epitheliomatose mit, Ledo 887.
— Behdlg. umschriebener Hautaffektionen mit, Halle 1096.
— bei Hautkrankheiten, Plicque 1623.
— bhdlt. Lupus erythematosus discoid. u. symmetr. mit, Nonell u. Serrano 901.
— Lupus erythem. u. Naevus planus vasculosus mit, Dubois-Havenith 1772.
— bhdlt. Lupus vulg. Histol. Befunde bei mit, Giuliani 1330.
— bhdlt. Naevus verrucosus pilosus mit, Dubois-Havenith 1781.
— Bhdlg. d. Pigmentanomalien d. Haut mit Sano u. Maki 1100.
Kohlensäureschnees. Anwendg. d., Dekeyser 1281.
Kohlensäureschneebehandlung bei Blutgefäßgeschwülsten der Haut, Friedländer 887.
— i. d. Dermatologie, Meneau 1623.
— v. Nävus u. Chloasma, Kitagawa 1100.
Kohlensäurevereisung. Lupus erythem. mit bes. Berücks. d. Ätiol. u. d. neu. Therap., vorzgl. d. Radiotherap. u. d., Löhnberg 901.
Kollargolbehandlung des Tripperrheumatismus usw., Gennerich 1043.
Kolloide Präparate i. d. Dermatologie, Strandberg 1386.
Komplements. Schwankungen des, 1687.
Komplementbindende tuberkul. Antikörper, Schieck 1079.
Komplementbindung bei Pellagrakranken, Lucatello u. Carletti 1316.
— bei blennorrh. Arthritis, Schwartz 1825.
*Komplementbindungsmethode bei gon. Erkrankgn., Lenartowicz 1179.
Komplementbindungsreaktion. Blennorrh., Gradwohl 1034.
— Serodiagnostik d. Geschwülste mit, Dungern 1274, 1611.
— Rationelle Technik der, Weinberg 1486.
Konditoren. Nagelentzündung der, Strauss 1740.
Kondylomata accuminata. Bhdlg. der, Watson 871.
Kondylome m. Elektrolyse. Bhdlg. der spitzen, Hirondel 1762.
Kongreß f. Elektrologie u. Radiologie. VI. internat., 1026.
— f. Dermatol. u. Syphilidologie. 7. internat., 1071, 1254.
— III. Urologischer, 1074.
Konjunktivalblennorrhöe. Neue Behdlgsmethode d. akuten, Goldzieher 1025.
— 1025.
Konjunktivitiden. Zelleinschlüsse bei Trachom und, Böing 1821.
Konjunktivitis. Mittelohrbeteiligung bei blennorrh., Dalmer 1820.
— blennorrh. m. strömendem Wasserdampf. Bhdlg. der, Goldzieher 1025.
— ekzematosa s. ekzematosa.
Kopfes. Nävus des behaarten, Desneux 926.
Kopfhaut (sog. Adenoma sebaceum). Gutartiges Epitheliom der behaarten, Hedinger 870.
— Bhdlg. d. Krankheiten d. behaarten, Herxheimer u. Altmann 1362.
— Bhdlg. d. Herpes tonsurans d. behaarten, Ridell 1425.
Kosmetik. Handbuch der, Joseph 1361.
Kosmetischen Stoffe. Chemie u. Pharmakologie der, Golodetz 1616.
Krätze. „Ristin" als Mittel geg., Tollens 924, s. auch Ristin.
— Bhdlg. der —. Stärkekleister als Vehikel, Nonell 863.
Krankenhaus St. Georg in Hamburg. Das neue Haus K. im, Jenssen 1201.
— — — — — Abt. f. Haut- u. Geschlechtskranke, Arning 1345.
Kratzen, eine neue Untersuchungsmethod. bei Dermatosen. Das methodische, Brocq 1026.
— Diagnose d. Psoriasis u. d. psoriasiform. Syphilide dch. method., Lutembacher 1732.
Kraurosis vulvae, Kirlin 1014, Savarè 1014.
— — 1071, 1815.
Krebs s. Blasen-, Haut-, Hoden-, Penis-, Prostata-, Röntgen-, Zungenkrebs, Karzinom, Epitheliom.

Digitized by Google

Krebse. Therapie der —, Czerny 865.
Krebses. Radiumbehandlung des, Finzi 866.
— mit Radium. Die Behandlung des, Nahmmacher 866.
— Kombinationsbhdlg. des, Spude 1752.
— Unicellula cancri, der Parasit des, Butlin 1754.
Krebsbehandlung. Zellers Methode der, Wolff 1758.
Krebsbildung nach Hodenverletzg., Haberen 959.
Krebskranken dch. innerl. u. äußerl. Mittel, Bhdlg. von, Zeller 1757.
Krebssterblichkeit unter den Leprakranken, Munch-Soegaard 1667.
Kreisförmige Läsionen s. Syphilis I F.
Kryptorchismus. Zyste des Samenstrangs bei, Bilhaut sen. 1037.
Kutis. Verbindg. zwischen Epidermis u., Nonnenbruch 1224.

Labyrinthitis 1314.
Läusekrankheit in d. öffentl. Schulen von Hâvre. Feldzug gegen die, Huet 925.
Leber b. Entstehg. d. Hämaturie. Rolle der, Roque u. Chalier 1262.
— u. Niere. Quecksilber, Morel, Mouriquand u. Policard 1624.
— — — Salvarsan, Morel, Mouriquand u. Policard 1624.
Leberatrophie. Akute gelbe 1109.
— — 1817.
Leberschädigung und Hodenveränderung. Zusammenhang zw., Schopper 960.
Lederindustriearbeiter. Hautkrankheiten der, Deutsch 1645.
Leichentuberkels. Histol. u. Bakteriol. d., Ghezzi 1388.
Leiomyositis cutis parench. chron. primaria, Sakurane 1259.
Leishmaniose, Splendore 1749.
Lepra 1413, Horand 1666.
— maculo-anaesthetica, MacLeod 1253.
— — — Flecken der, Lie 1127.
— nervosa, Michailow 1391.
— Lepröse u. Lepraheime in Französ.-Guyana 1912, Guillon 860.
— in Neusüdwales, Thompson 1392.
— Immunisierung bei, Currie u. Clegg 1477.
— u. ihre Übertragung. Infektiosität d., Krikliwi 984.
— Kontagiosität der, Lindsay 1666.
— u. Tuberkulose. Biol. Diff.-Diagnose zwischen, Stein 1668.
— — — Parasiten der, Foulerton 1392.
— kultiviert wurden. Organismen, die aus menschl., Duval u. Wellmann 1134.
Lepra. Wasserm.-Reakt. u. Hautreaktion nach Pirquet bei —, Photinos und Michaélidès 861.
— u. Yaws. Wasserm.-Reakt. b. Syphilis, Bloombergh 1053.
— Zytologie und Serologie der, Jeanselme 1667.
— Ätiologie u. Therapie der, Williams 1392.
— Neue Behdlgsmethoden der, Jeanselme 1412.
— Antileprol bei der Behandlung der —, Piccardi 861.
— Karbolsäure bei, Bertarelli 1477.
— m. Salvarsan. Behdlg. d., Troitzkaja 1309, Kudisch u. Lurje 983, Rocamora 1477.
— Exper. Übertragg. d., Stanziale 1393.
— bei Säugetieren. Übertragungsversuche der —, Monobe 863.
— auf Tiere. Übertragg. d., Bayon 1393.
— auf Affen. Übertragg. der, Reenstjerna 1666.
— Ratten-, Currie u. Hollmann 1477. Marghoux u. Sorel 1666.
Leprae. Histol. Bau v. Vitiligo, Nagamatsu 1099.
— Bazillus, Kritschewski u. Birger 1666.
Leprabazillen in Tierleichen. Züchtung v., Nakano 1188.
*— Weiteres Schicksal d. in den Fäzes entleerten, Boeck 1267.
— gesetzte Veränderungen beim Tiere. Durch, Much 1393.
Leprabazillus. Kultur des, Bayon 1228. Duval u. Wellman 1666.
— s. Hansenscher Bazillus.
Leprabekämpfung u. -prophylaxe, Jeanselme 1412.
Lepraerregers. Kultivierarbeit d., Reenstjerna 1666.
Lepraheime in Französisch-Guyana 1912. Lepra, Lepröse und —, Guillon 860.
Lepraknötchen der Kornea, Pasini 1388, 1667.
Lepraknoten in d. Vorderkammer des Kaninchenauges. Verpflanzung von, Chirivino 1411.
Leprakranke u. Salvarsan, Paldrock 1668.
Leprakranken. Krebssterblichkeit unter den, Munch-Soegaard 1667.
Lepraliteratur für die Jahre 1910 u. 1911, Hamann 861.
Lepramaterial. Infektionsmöglichkeit von japan. Hausratten, Kaninchen u. Meerschweinchen mit, Nakano 1129.
Lepraprophylaxe u. -bekämpfung, Jeanselme 1412.
Lepratherapie. Spezifische, Currie und Clegg 1477.

Digitized by Google

Lepröse und Lepraheime in Französisch-Guyana 1912. Lepra —, Guillon 860.
Leprösem Narbengewebe. Fibrosarkombildung in, Savatard 1444.
Leprösen Gewebe. Säurefeste Bazillen im, 1666.
— Gewebes. Färbemethoden des, Freytag 1393.
— Materiales in d. vordere Augenkammer v. Kaninchen. Impfung, Truffi 1191, 1311, 1389, Stanziale 1331, 1410.
Lepromfragmenten in d. vorderen Augenkammer d. Kaninchens. Inokulation von, Verrotti 1667.
Leprosorien im Mittelalter. Belgische, Dekeyser 1665.
Leprosorium. Streptokokkenepidemie im Rigaschen —, Biehler 860.
Leprosy of the Bible. The: Its Medical and Religious Aspect, McEwen 905.
Leukämie m. Hauttumoren. Lymphat., Fimmen 1308.
— Prurigo und, Copelli 1387.
Leukämischen Zuständen. Manifest. der Haut bei 1610.
Leukoderma als Folge von Sonnenlichtwirkung. Pigmentbildg. b., Jones 891.
Leukoplakia buccalis, Joy 1734.
— penis m. karzinom. Umwandlg., Iwasaki 1789.
Leukoplakie. Wucherungen auf Lippen —, Alexander 1064.
— Hochfrequenzfunkenbehdlg. der, Bruniquel 1422.
— m. Salvarsan. Behdlg. der, Guerrin 1734.
— m. Kupfersulfat. Behdlg. d. buccolingualen, Avièrinos 1734.
Leukoplasia penis, Pellier 1071.
Leukotrophie s. Syphilis I. F.
Lichen albus v. Zumbusch, Vignolo-Lutati 1191, 1310.
— anularis 1116.
— scrophulosorum 1413.
— planus. Natr. cacodyl. b. Psoriasis u., Wiltse 1258.
— ruber planus. Entstehungsweise des, Herxheimer 1096.
— — — verrucosus simplex 1385.
— — — mit Salvarsan geheilt, Polland 1734.
— — verrucosus vegetans, Klingmüller 1125.
— spinulosus 1459.
— variegatus 852.
Lichenisierung. Ekz. prurig. u., Morris 1651.
Lichtbehandlung torpider, bes. tuberkul. Hautgeschwüre, Thedering 1750.
Lichterythem bei Herzkranken. Universelles, Rubow u. Sonne 1645.
Lichtquellen usw. Gesundheitsschädigung. bei Verwendg. von, Klein 1202.
Lichttherapie in Florenz. Institut f. 1012.
— des Lupus vulgaris, Imfeld 1418.
Lichtwirkung auf d. Haut, Freund 1276.
Lidrandentzündungen. Therapie der, Liebermann 1422.
Linearen Dermatosen. Klinik und Pathogenese der, Bader 1272.
Lipoide 1487.
— Biologie der 1686.
Lipom und Tiere usw. Diffuses, Hutchinson 871.
— d. Skrotums, Lavoipierre 1789.
Lipoma pubicum 871.
— arborescens d. Sehnenscheide 1696.
Lipomata nuchae 871.
Lipomatose. Symmetrische, Balzer und Belloir 1065, Lyonnet u. Bovier 1763.
— Ätiologie d. multiplen symmetrischen, Schemensky 1763.
Lipome des Samenstrangs, Chalier 1801.
Lipomen. Hämangiome m., Bowen 1763.
Lippenkarzinome, Weinstock 1752.
Lithiasis im Kindesalter, Bokay 1795.
Lithotripsie. Die, Fayet 953.
Livedo annularis, Comby 1317.
Lungenzirrhose. Muskuläre 1509.
Lupoid. Miliar- 1203.
Lupoide Einlagerungen b. Lup. erythem., Hoffmann 1097.
Lupus. Primäreffloreszenz des, Vörner 1417.
— b. ein. Säugling. Gesichts-, Baumel 1417.
— Atypische Epithelwucherungen beim, Miyahara 1417.
— Epitheliom auf, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1067.
— u. Epitheliom, Garibaldi 1192, 1312.
— Bekämpfg. des, Stern 1418, Nietner 1675.
— Chemotherapie d. äußeren Tuberkulose, spez. des, Strauss 1385.
— des Kehlkopfes m. Finsenlampe. Therapie des, Fujinami 1095.
— mit heißer Luft behandelt, Vignat 1065.
— Jodmethylenblau u. Kupferpräparate bei, Strauss 1674.
— Physiotherapie des, Dekeyser 1418.
— m. Skarifikat. u. Radiotherapie. Behandl. des tuberkul., Tison 1419.
— s. Schleimhautlupus.
— erythematodes (Ätiologie und neuere Therapie), Löhnberg 901.
— — Lupoide Einlagerungen bei, Hoffmann 1097.
— — usw. Morosche Tuberkulinsalbe bei, Jadassohn 1124.

Digitized by Google

Lupus erythematodes acutus. Ätiologie und Pathologie d., Spiethoff 1158.
— — — Meschtscherski u. Troitzky 1589.
— erythematosus, Bunch 1252.
— — in Form einer fleck. Hautatrophie, Verrotti 901.
— — Fall mit den Erscheinungen des, McLeod 920.
— — Hautatrophie u., Belot u. Fage 1255.
— — mit Kohlensäureschnee behandelt, Dubois-Havenith 1772.
— — discoid. u. symmetr., m. Kohlensäureschnee behandelt, Nonell und Serrano 901.
*— miliaris disseminatus faciei auf dem Lymphwege entstanden, Dalla Favera 1027.
— sclerosus, Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 1067.
— vulgaris in Madrid, del Mazo 886.
— — der Nase, Verrotti 1676.
— — n. Herxheimer-Altmann. Behdlg. des, Bernhardt 1596.
— — Histol. Befunde bei mit Kohlensäureschnee bhdltn., Giuliani 1330.
— — Lichttherapie des, Imfeld 1418.
— — u. Skrophulodermie, n. d. Pfannenstillschen Methode behdlt., Sequeira 1253.
— — Physikal. Behdlgs.-Methoden des, François 1676.
— — disseminatus 1413.
— — universalis, Havas 1675.
Lupusbekämpfung u. Nasenvorhof, Gerber 1418.
Lupuserkrankung. Lymphogranulomatosis cutis nodularis bei ausgebreit., Heuck 1096.
Lupusheilstättenbewegung, Jungmann 1675.
Lymphadenitis blennorrh., Keil 1818.
Lymphangioendotheliome 1588.
Lymphangioma tuberosum multiplex 870.
— penoscrotale, Bonamy u. Dartigues 1334.
Lymphangiomata 1443.
Lymphangitis nodularis durch Ducreyschen Bazillus verursacht, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1066.
— blennorrh., Keil 1818.
Lymphodermien. Myelo- u., Nanta 1610.
Lymphogranulomatose d. Haut, Arndt 1760.
Lymphogranulomatosis cutis nodul. bei ausgebreit. Lupuserkrankg., Heuck 1096.
Lymphozele. Intradermale, Spillmann u. Boppe 1256.
Lymphstauung? Hyperämie oder, Gelinsky 1616.
Lymphstränge. Blennorrh. u. syphilitische Entzündungen der, Picard 1273.

Macacus rhesus 1067.
Maculae atrophicae cutis, Friedländer 1588.
— caeruleae. Entstehg. d., Delbanco 1384.
Madurafuß in Griechenland, Catsaras 1745.
— ähnl. Angiokeratom, dem, Austrogesilo 1764.
Madurella mycetomi usw. Isolierung von, Brault 1070.
— Tozeuri 1070.
Magendarmstörungen b. Haut- u. Schleimhauterkrankungen, Spiethoff 1610.
Mais. Überempfindlichkeit d. Pellagrösen gegen, Rondoni 1637.
Maisextrakte. Überempfindlichkeit der Pellagrösen gegen, Cesabianchi u. Vallardi 1636.
Maiskost 1636.
Malacoplacia urethrocystica. Histologie u. Pathogenese d., Panizzoni 1035.
Mammatuberkulose. Erythema nodosum mit, Weber 1253.
Masern. Schließen d. Schulen b., Raffle 1367.
— u. Röteln in Bayern 1368.
— Sterbekasuistik nach, Wladimiroff 1658.
— Hospital- 1658.
— Verschwinden d. kut. Tuberkulinreakt. während der, Weinmann 1658.
— Giftigkeit des Harnes bei, Aronson u. Sommerfeld 1659.
— Exper. Erzeugung der, Nicolle und Conseil 1368.
— Erythema nodosum bei, Perigal 1343.
— und Scharlach 1659.
— — — Ätiologie von, Park 1657.
— — — Eukalyptusbehdlg. v., Kretschmer 1656.
— Salvarsan verhindert nicht, Marfan u. Lagane 1368.
Masernepidemie, Milligan 1367, Tait 1658.
— in Elberfeld 1830, Pagenstecher 1658.
Masernexanthems. Klinik des, Fischl 1367.
Masernkranken. Behdlg. v., Smith 1368.
Masernrezidiv. Doppeltes, Feibelmann 1368.
— usw., Souček 1658.
Massage d. Hautkrankheiten, Rosenthal 1617.

Digitized by Google

Mastisolverband b. Verbrennungen, Neugebauer 1341.
Mastixverband. Wundbehdlg. mit dem, Krebser 1634.
Meerschweinchen u. Diagnose d. Tuberkulose d. Harnwege, Arms u. Wade 1331.
— Exper. Skorbut beim, Fürst 1643.
— Kutaninfektion m. Tuberkelbazillen b. 1669.
Melanoblasten, Kreibich 891.
Melanodermie u. Salvarsanspätdermatitis, Grön 1768.
Melanose. Konjunktivale, Capdeville 891.
Meningeale Symptome. Diffuse 1314.
Meningitis. Blennorrhoische, Bouquet 1021.
— cerebrospinalis 1021.
— s. Syphilis I J.
Mercurialis. Nephritis, Roussel 1287.
— Stomatitis, Le Blaye 1287.
Mesothorium, Wichmann 1384.
— Behdlg. d. inoperablen Karzinoms mit, Pinkuss 1757.
Mesothorpräparaten. Therap. Anwendg. v. hochakt. Radium- u., Wichmann 1276.
Micrococcus catarrhalis als Ursache der Urethritis beim Manne, Ayres 1034.
Midol (Pyramidon). Dermatitis medicam. nach, Bechet 1636.
Mikroorganismen im Urinsediment. Petrifikation von, Rodillon 1333.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie, Ledermann u. Bendix 1590.
Mikrosporie, Dreuw 1425.
— Bekämpfung d., Bogrow 1309.
— Epidemie v., Sternthal 1159.
— durch Mikrosporon equinum, Pasini 1310.
— in Mailand u. Como, Pasini u. Bottelli 1737.
— in Wien, Riehl 1737.
— Beziehg. d. Adamsonschen Schlinge z. äußeren Sporenscheide b. der, Pasini 1035.
Mikrosporon equinum. Tinea microspor. durch, Pasini 1191, 1310.
— Iris. Kulturen von, Pasini 1191, 1310.
Miktionsstörungen in der Geburtshilfe, Guldjoglou 1261.
Milchfetts auf die Haut. Einfluß der, Montgomery u. Culver 1132.
Milchsäure-Bazillen a. d. Zuckergehalt d. Urins bei Diabetikern. Einwirkg. v., Horowitz 997.
Miliarlupoid 1203.
Miliartuberkulose. Disseminierte ak., 1413.
Milzbrand. Verhütg. v. gewerbl., Laubenheimer 1746.
Milzbrands. Allgemeinbehandlung des, Boidin 1747.
— m. Pyozyanase. Behdlg. des, Vignaud 1747.
— m. Pyocyanein. Behdlg. des, Fortineau 1746.
Milzbrandbazillus u. B. pyocyaneus, Fortineau 1746.
Milztumor. Mittelmäßiger 1137.
Mineralischen Verunreinigungen d. dest. Wassers. Pathogene Rolle d., Emery 1068.
Molluscum contagiosum, Dubois Havenith 1767.
— — Epidemie von, Hartzell 1766.
— — Gewuchertes, Colwell 1767.
— — Übertragbarkeit der, Leszczynski 874.
— — (Kulturen u. Übertragbarkeit), Campana 1093, 1313, 1766.
Mongolenfleck. Blauer, Santa Maria u. Marròn 890.
Mongolenfleckes. Histol. Untersuch eines, 890.
Moniliformis. Aplasia pilorum 1188.
Mundes. Syphilis u. syphilisähnl. Erkrankungen des, Zinsser 1264.
Mundschleimhaut. Physiol. Pigmentierung d., Bonnet 1224.
— Polymorphes Erythem d., Terzaghi 1192, 1312.
Mundschleimhauttuberkulose, Redwitz 1413.
Mycetoma mit schwarzen Körnern usw., Brault 1070.
— Reinkultur d. schwarzen Varietät v., Chatteryel 1227.
— pedis. 1745.
Mycoderma pulmoneum 1446.
Myelitis 1021.
Myelodermien. Lympho- und, Nanta 1610.
Mykose. Wahrscheinliche, Bonnet 1424.
Mykosis fungoides, Ledermann 1064, Mazat 1745.
Myomatosis cutis disseminata 1764.
Myrmalyds als Harndesinfiziens. Wirksamkeit d., Esch 931.
Myxödemformen. Zur Einteilung der, Thomas 899.

Nabelgeschwür 1141.
Nävi u. Tumoren d. Talgdrüsen, Martinotti 1035.
— Behdlg. der, Bunch 1443.
— m. Kohlensäureschnee. Behdlg. v. Angiomen u., Salomon 1623.

Digitized by Google

Nävi vasculares, Röntgentherapie d., Weil 1781.
Nävus. Studium d., Sprecher 1035.
— d. behaart. Kopfes, Desneux 926.
— keratoseähnl. system., Terebinski 926.
— Famil. peripilärer, Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc 1066.
— Schlaffer 1068.
— Systematisierter, Isaac 1063.
— Systemat. ichthyosiformer, Waelsch 1593.
— u. Chloasma. Kohlensäureschneebhdlg. v., Kitagawa 1100.
— lymphangiectaticus. Röntgenbehdlg. v., Zehden 1161.
— papillomatosus und Hasenscharte, Wolff 1781.
— pigmentosus. Exper. Erzeugung eines, Zieler 926.
— — m. Pigmentflecken im Gehirn, Binsack 1778.
— — permagnus, Maliniak-Schuchmann 1781.
— planus vasculosus mit Kohlensäureschnee behdlt., Dubois Havenith 1772.
— syringocystadenomatosus. Anatomisch. Beitrag z. Lehre v., Rothe 1156.
— verrucosus pilosus m. Kohlensäureschnee behdlt., Dubois Havenith 1781.
Nägel mit nachf. Alopecia areata. Tropho-neurot. Ablösung d., Weber 920.
— Haut, Haare, Schultz 1337.
Nägeln. Partielle traumat. Transplantation v. Finger-, Pribram 1190.
Nagelablösung b. Wäscherinnen, Oppenheim 922.
Nagelaffektionen, Meachen 1444.
Nagelentzündung d. Konditoren, Strauss 1740.
Nagelerkrankungen. Kasuistik seltner, Heller 1089.
Nageltrichophytie, Truffi 1191, 1311.
Narbe, Trauma u. d. Fortpflanzungsvorgängen z. d. Entstehung v. Tumoren. Beziehungen v. chron. Entzündung, Theilhaber 1274.
Narben. Behdlg. der keloiden, Weinberger 1761.
— s. auch Hautnarben.
Narbenbehandlung, Kirchberg 1761.
Narbenbildung nach schwerer Verbrennung, Papaïonuon 1341.
Narbengewebe. Fibrolysinwirkung auf, Sidorenko 1761.
Narbiges Gewebe. Sidorenkos exper. u. klin. Unters. über d. Wirkung des Fibrolysin auf, Mendel 896.
Naso-Fazialfalten. Pathologie d. Haut v. d. Augenlidern u. d., McDonagh 1358.
Natrium cacodylicum bei rezid. Erythema multiforme, Cluthbertson 1342.
— — b. Psoriasis u. Lichen planus. Wiltse 1258.
— Behdlg. d. Scharlachs mit nukleinsaurem, Moljakow 1656.
— behdlt. Urticaria chron. m. nukleinsaurem, Weill, Gardère u. Goyet 1640.
Nebenhodenentzündung behdlt. werden? Wie soll, Porosz 962.
— Pathologie u. Therapie d. blennorrh., Feleky 1017.
*— ? Wie behdlt. man die, Porosz 1580.
— m. Gonokokkenvakzine. Behdlg. der blennorrh., Buteau 1819.
Nebenhodentzündungen. Inzision vereiterten blennorrh., Carof 1018.
Nebenhodentuberkulose. Hoden bei, Samuel 961.
Nebennierentuberkulose. Addisonsche Krankheit u., Crowell 888.
Nekrosen nach essigsaurer Tonerde. Esau 1646.
Neoplasma der Niere. Pillet 1262.
— s. Gewächse, Geschwülste, Neubildungen, Tumoren.
Neosalvarsan. Hudelo, Montlaur und Bodineau 1068. Leredde 1068, 1633, de Azua 1313, 1721, Gastou 1068, Darier u. Libert 1257, Dohi u. Watanabe 1259, Stern 1474, Stühmer 1475, 1723, Heuck 1475, Gutmann 1569, Iversen 1569, Lévy-Bing u. Duroeux 1569, Schreiber 1631, 1722, Grünfeld 1632, 1721, Rytina 1632, Wolbarst 1633, Solowjew 1722, Bernheim 1723, Mc. Intosh, Fildes u. Parker 1725, Grünberg 1725, Carle 1726, Kall 1726, Rauvière 1726, Bayet 1727, Wechselmann 1728, Jacqué und Sluys 1728, Marshall 1729, Sellei 1729, Spillmann und Boulangier 1257.
— Salvarsan und, Herbsmann 1631.
— Lösungsmittel für, Gastou 1068.
— in Öl. Injekt. von Salvarsan und, Balzer 1256.
— Intralumbale Inj. von, Wechselmann 1633.
— Tierexperimente mit Salvarsan und, Kerstein 1631.
— u. Neurorezidive. Gennerich 1724.
— Todesfall nach, Schestopal 1723, Lévy 1599.
— s. auch Syphilis I L.
Neosalvarsans. Dosierung und Giftigkeit des, Duhot 1632, 1729.

Digitized by Google

Neosalvarsaninfusionen. Veränderungen d. menschl. Serums nach, Mayer 1727.
Nephritiden. Chirurg. Bhdlg. d. chron., Cholzow 1072.
— im Verlaufe der Purpura, Deléarde u. Monnier 1338.
Nephritis m. hämorrh. Diathese, Rathery u. Dumont 1812.
— Bakt. Untersuchgn. der Tonsillen bei Scharlach und, Koch 1365.
— bei Purpura. Hämorrhag., Lippmann 1643.
— blennorrhoica. Lancrenon 1021.
— mercurialis. Roussel 1287.
— traumatica. Heitz-Boyer 1448.
— s. auch Syphilis IE.
Nephrotomie notwendig machte. Nierenkolik, die eine, Oraison 1037.
Nervenläsionen. Ergrauen der Haare nach, Cheatle 1774.
Nervensystem. Hautkrankheiten und, Politzer 1609.
— Salvarsan und, Spiethoff 1626.
Nervöse Symptome b. chron. Urethritis des Weibes. Campbel 887.
— Begleiterscheinungen der Blennorhöe usw., de Saboulin 1021.
— Erscheinungen bei der Gonokokkeninfektion. Martinotti 1021, 1817.
Nervus opticus s. Salvarsan IV.
J. Neuberger † 1234.
Neubildungen u. Ulcus varicosum. Radiumbehandlung bei, Macdonald 1276.
— Röntgenstrahlen u. Hochfrequenz bei bösartigen, Müller 1752.
— s. auch Blasenneubildungen, Gewächse, Geschwülste, Tumoren, Neoplasma.
Neurasthenie. Sexuelle, Porosz 1072.
— des Urinapparates. Marsan 1783.
Neuritis hämorrh. bei Purpura. Eichhorst 1338.
Neurodermatitis. Vakuumelektrode bei, Tomkinson 1443.
Neurodermitis linearis psoriasiformis. Vignolo-Lutati 1187, 1191, 1310.
— Vakuumelektrode bei, Tomkinson 1733.
Neurofibromatose. Pylorusstenose durch, Lericke 872.
— Akute tegumentäre, Sabrazès und Dubourg 872.
— Generalisierte, Jullien 873.
— s. auch Recklinghausensche Krankheit.
Neuropathischer gegen Röntgenstrahlen. Verhalten d. Blutes, Terzaghi 1312.
Neurorezidiv vom Typus d. Basilarmeningitis, de Azúa 1196.
Neurorezidive. Finger 1195 (Ter), Ehrmann 1195, Benario 1195, Dreyfus 1718.
Neurorezidive nach Salvarsan, Schwarz 1195, Benario 1718.
— b. mit Salvarsan behandelten Kranken. Behandlung d., de Aja 1313.
— m. Salv. geheilt. Falta 1718.
— u. Neosalvarsan. Gennerich 1724.
Neurosyphilis u. Salvarsan. de Azùa 1314.
Nicht-Mediziner. Die Gefahren therapeut. Eingriffe dch., Cruet 1026.
Niere. Pathologie und Chirurgie der Hufeisen-, Botez 865.
— Hydronephrose einer Hufeisen-, Gregoire 865.
— Albuminur. Diabetes infolge Ermüdung d., Ravarit 997.
— b. Hämoglobinurie. Histologie der, Miller 999, Bemerkung hierzu, Ribbert 999, Erwiderung, Miller 1810.
— Epitheliale Riesenzellen in der, Wittich 1000.
— Gonokokkeninfektion d., Hagner 1021.
— Morphologie u. Topographie d., Wolff 1072.
— Anurie bei Solitär-, Giordano 1073.
— Stich-, Schnittwunden der, Solowow 1073.
— m. interkur. Gichtanfalle. Neoplasma der, Pillet 1262.
— Quecksilber, Leber und, Morel, Mouriquand u. Policard 1624.
— Salvarsan, Leber u., Morel, Mouriquand u. Policard 1624.
— Verblutungstod aus der, Brunzel 1809.
— bei Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus. Bestimmg. des funkt. Wertes d. zweiten, Lenormant 1812.
— Zystoskopie bei chirurg. Erkrankungen der, Griffith 999.
— Kitt-, 1408.
— Staphylomykose der, Ekehorn 1597.
Nieren. Phenolsulphophtalein u. Funktionsprüfung der, Boyd 1000.
— m. Bezug auf Theocin natr. acet. Kochsalzausscheidung der, Sellei 1073.
— bei Sublimatvergiftung. Alteration der, Faccini 1614.
— Tuberkulose der, Waldschmidt 1812.
Nierenbeckens bei Hydronephrose mit intermittierenden Krisen. Orthopädische Resektion des, Gayet 865.
— Behandlung der eitr. Uretero-Pyelonephritis mit dem Ureterenkatheterismus und Spülung des —, Périneau 865.
— Papilläres Epithelion d., Jeanbrau u. Etienne 1263.
— Pathologie des, Paschkis 1408.
— dch. den Ureterenkatheterismus. Abschätzung des, Caspari 1449.

Digitized by Google

Nierenentzündungen. Impetiginöse, Pollet 1422.
Nierenerkrankung. Nichtsyphilitische —. Behandlung mit Salvarsan. Syphilis, Covisa 887.
Nierenerkrankungen für den Chirurgen. Diagnose der, Smith 888.
Niereninfarkten. Schwere Hämaturie mit, Marion 1448.
Nierenkörperchen. Nierenzysten u. ihre Beziehungen z. d., Rosenow 1000.
Nierenkolik, die eine Nephrotomie notwendig machte, Oraison 1037.
Nierenkrankheiten und Prostatektomie. Minet 1334.
Nierenläsionen und Urämie, Castaigne 1813.
Nierenruptur, Legueu 1812.
Nierenschädigung. Paroxysmale Hämoglobinurie und, Tedesko 1810.
Nierenschädigungen als Konsequenz eines Traumas d. and. Niere. Falcone 1191.
Nierensekretion bei Oligurie. Einfluß d. Harnstoffes a. d., Picot 1262.
Nierensteine. Fehlerquelle in der Radiographie der —, Marion 865.
— Chir. Bhdlg. d., Pousson 1262, 1447.
Nierensteinen. Pyelotomie bei, Bazy 1074.
Nierentorsion, Lilienthal 888.
Nierentuberkulose verhalten, bei denen der Zustand der Blase jede Untersuchung der Nieren unmöglich macht? Wie soll man sich in den Fällen von —, Marion 865.
— Urininkontinenz, ein Symptom von, Constantinesco 865.
— begleitet? Wie soll m. e. tuberk. Zystitis behdln., welche e. inoper., Legueu 955.
— Diagnose u. Therapie d., Hohlweg 1001.
— operierte Patienten. 203 wegen, Braasch 1000.
— Operat. Indikationen der, Lenormant 1812.
— Blasen- und, Casper 930.
— Diagnose u. Therapie der Blasen- und, Homburg 1000.
— Genitaltuberkulose i. Verbindg. m. d., Perez del Yerro 930.
— Aszendierende, Siew 930.
— Röntgendiagnostik der, Soederlund 1408.
— Dauer der nicht operierten, Rafin 1448.
— dch. konservat. Verfahren. Pseudoheilg. der, Heitz-Boyer 1448.
Nierenzysten u. ihre Beziehgn. z. d. Nierenkörperchen, Rosenow 1000.
Nomenclatura dermatologica, Barduzzi 1191, 1310.
Novokain 1334.
Ochronosis. Alkaptonurie mit, Poulsen 994.
Oculomotorius communis. Partielle Paralyse d., 1314.
Ödem bei blennorrh. Rheumatismus. Akut. angioneurot., Gallavardin u. Delachanal 1319.
— bei Kindern, Potter 1319.
— Chron., Hughes 1641.
— Angioneurotisches, Pettazzi 1641, Wiel 1642, Oberndorf 1642.
Oedema orbitalis bei Gesichtsdermatitis, Hansell 1744.
Ödeme. Akute zirkumskripte, Feuillet 1319.
— Pathogenese u. Bhdlg. der, Zuccola 1640.
— Oper. Bhdlg. d. elefant., Kondoleon 1641.
— Säuglings-, Hutinel 1641.
Ödems. Entstehg. d., Pincussohn 1319.
— Pathogenese des 1640.
Öffentliche Häuser in Hamburg, Weidemann 1606.
Oligurie. Einfluß d. Harnstoffes a. d. Nierensekretion bei, Picot 1262.
Onotoxin 1043.
Onycholysis. Pathogenese der, Heller 1089.
Oospora Tozeuri 1070.
Ophtalmia neonatorum. Intrauterine, Dorland 1025.
— — Bhdlg. der, Brav 1821.
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Prophylaxe der, Lehle 1820.
Opsonogen 1423.
Orchidopexie 958.
Orchitis traumatica anerkennen? Darf man die Exist. d., Moty 960.
Orgojodin, Vorschulze 1634.
Orientbeule, Arndt u. Zuern 1090.
— in Turkestan, Petersen 1385.
Orthoformapplikationen. Läsionen dch., 1787.
Osteoperiostitis maxillaris 1673.
— des Kalkaneus s. Blennorrhöe.
Osteosarkom. Röntgenstrahlen b. d. Diff.-Diagnose zw. Gumma u., Shoop 1258.
Ostitis des Unterkiefers. S. Syphilis I. J. (Tabetiker).
Oxaluria dolorosa, Williams 1810.
Oxalurie. Phosphaturie u., Teissier 999.
— Finck 1810.

Pageti Morbus, Herzfeld 868.
Pagetsches Ekzem der Mamilla, Aldridge 868.
Panaritien, Hansen 1740.
Pantopon. Arzneiexanthem nach, Klausner 1636.

Digitized by Google

Papilläres Epitheliom d. Nierenbeckens, Jeanbrau u. Etienne 1263.
Papilliforme Läsionen des Skrotums, Madden 1443.
Papillom s. Harnblasenpapillom.
Papillomata accuminata d. Lippenschleimhaut, Wagner 1596.
— — Guth 1762.
Papillomatosis im Anschluß an eine Staphylokokkeninfektion, Ledo 862.
Papulo-nekrotischer Ausschlag. Persistierender zirzinater, Adamson 1252.
Para 606, Marshall 1490.
Paradoxe Sera 1687.
Paraffininjektion bei Gesichtsdeformitäten, Kapp 1114.
Parakeratose. Fettgehalt d. Epidermiszellen bei, Cedercreutz 1187.
*Parakeratosis variegata (Unna) — Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Parapsoriasis en gouttes (Brocq). Ein Fall von —, Hodara 848, 877.
— — 1515.
Parapsoriasis 1515.
*— en gouttes (Brocq). Ein Fall von Parakeratosis variegata (Unna) — Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) — Hodara 848, 877.
— en gouttes 848ff.
— en plaques 848ff.
— lichenoide 848ff.
Parasitären Krankheiten. Bhdlg. d. äußerl., Sabouraud 1284.
Parasiten. Untersuchungen über, Klein 888.
Parasitenwanderungen bei Dermatosen, Guéniot 1273.
Paraurethrale Gänge usw., de Napoli 1388.
— Knoten 1388.
Paraurethritis 1388.
Parendomyces Balzeri 1069.
Parendomycosis gummosa ulcerosa, Balzer, Gougerot u. Burnier 1069.
Parkinsoni. Pellagra u. Morbus, Paravicini 1317.
Paronychia streptomycotica 1141.
Pediculosis capitis charakt. Hauterkrankg. Eine für, Salomon 925.
Pelade décalvante 921, 1313.
— Pseudo-, Fox 1252.
— mit ultraviol. Strahlen bhdlt., Horand 1773.
Pellagra, Sakurane u. Yamada 1389, Babes 1638, Smith 1639, Nicolas u. Moutot 1639, Couffon 1639.
— i. d. Kanalzone, Deeks 1289.
— Zerebrospinalflüssigkeit bei, Boveri 1316.
— Viszerale Atrophie bei, Huck 1317.
Pellagra ohne Pellagra, Wood 1639.
— Ätiologie der, Antonini u. Gosio 1382, Horbaczewski 1637.
— Bakt. Befund bei schwerer, Ramella 1316.
— Sandfliege u., Hunter 1315.
— Geist. Überanstrenggn. u. Gemütsbeweggn. als mögl. ätiol. Faktor bei, Preston 1315.
— u. Morb. Parkinsoni, Paravicini 1317.
— auf Affen. Übertragung der, Tizzoni 1316.
— Exp. Untersuchgn. über, Volpino, Mariani, Bordoni u. Alfrago 1638.
— m. Bluttransfusion. Bhdlg. d., Cole 1317.
— m. radioakt. Serum. Bhdlg. d., Grillo u. Maj 1317.
Pellagrae. Streptobazillus 1316.
Pellagrakranken. Komplementbindg. bei, Lucatello u. Carletti 1316.
Pellagrakranker. Immunitätsreaktion des Blutes, Tizzoni 1637.
Pellagrösen. Hämatol. Untersuchgn. bei, Maj 1315.
— geg. Maisextrakte. Überempfindlichkeit der 1383 (1636).
— — Mais. Überempfindlichkeit der, Rondoni 1637.
— Psychose. Diagnose d., Valtorta 1317.
Pellagröser Symptomenkomplex inf. Alkoholismus, Seppilli 1637.
Pellagrologische Exkursion i. d. Friaul, Antonini 1637.
Pellagrologischer Kongreß. V. italienischer 1026.
Pemphigus m. Epidermiszysten. Kongen., Heulz 1256.
— dch. Salvarsan. Beeinflussung des, Stümpke 1735.
— Exper. Übertragg. v. akut. infekt., Landsteiner, Levaditi u. Prašek 1735.
— acutus. Psychose bei, Landsberger 1735.
— chron. Therapie des, Grouven 1096.
— chron. Mikroskop. Untersuchgn. über, Lipschütz 1187.
— foliaceus u. Dermatitis exfol. neonat., Hazen 1132.
— foliaceus, Baum 1258.
— — 1385.
— infectiosus, Weill u. Dufourt 1734.
— vegetans. Ätiologie u. Pathogenese des, Longo u. Speciale 1424.
— vulgaris. Parasit. Befunde i. d. Hautblasen und in der Milz bei, Lipschütz 1423.

Digitized by Google

Pemphigus vulgaris. Salvarsan- u. Chininbhdlg. des, Merz 1424.
Pemphigusbehandlung mit Chininiufusion, Leszcynski 1591.
Penis. Selt. Verletzg. d., Merkens 932.
— usw. Diphteroide Bazill. d., Kolmer 932.
— u. d. Corp. cav. wegen Epitheliom. Amputat. d., Le Clerc-Dandoy 933.
— u. Urethra. Ruptur d., Tanasescо 1261.
— Amputation dch. e. eifersüchtg. Frau usw. Komplette, Lydston u. Steeve 933.
Peniskrebs, Laux 933.
— mit bes. Berücksicht. d. erekt. Form usw., Laborde 933.
Perforation des Schädels s. Osteoperiostitis gummosa (Syphilis IH).
Perifolliculitis ulcerans serpig. Follikulitis u., Bizzozero 1591.
Perigastritiden blennorrhag. Provenienz. Motor. Insuffizienz d. Magens auf d. Basis v., Grekow 1022.
Perinephritis bei harnsaurer Diathese. Fibröse, Illyés 1190.
Periostitis. Blennorrh. 1161, Keil 1818.
Periureteritis. Ödemat., chron., tuberk., Uteau, Bassal u. Azéma 1333.
Periurethrale Komplikationen der Striktur, Silverberg 1791.
Periurethraler Abszeß. Tuberkul., Tixier u. Gauthier 1790.
Perversität. Gerichtsärztl. Feststellg. d. Impotenz u., Porosz, 957.
Petechiale Flecke 1443.
Petrifikation von Mikroorganismen im Urinsediment, Rodillon 1333.
Pfannenstillsche Methode 1253.
Phagedän d. Vulva. Tuberkulöse, Brault 1066.
Phagedänisches Ulkus d. Penis, Oyarzabal 1314.
— tuberk. Vulvageschwür, Brault 1815.
Phallus. Morphogene des, Henneberg 1787.
Pharynxtuberkulose, mit Lues (?) kompliziert u. mit Salvarsan behdlt. Fleischmann 1167.
Phenolsulfophtalein u. Funktionsprüfg. d. Nieren, Boyd 1000.
Phimose b. Kind. Bhdlg. d., Grisel 1787.
— u. Hydrozele beim Säugling, Peisler 1787.
Phimosenoperation, Galland 1788, Büdinger 1788.
Henry Phipps Instituts. 6. Jahresb. 1289.
Phlegmatia alba 1640.
Phosphaturie u. Diplokokkurie, Aureille u. Renaud-Badet 1263.
— u. Oxalurie, Teissier 999.
Phosphorvergiftung. Gangrän der Nase und Zehen bei, Wagner 1339.
Physikalische Bhdlg. v. Hautkrankheiten 1622, Schiff 1622.
— Therapie b. Pigmentanomalien, Dohi 1099.
Physikalisch-therapeutische Methoden in der Dermatologie, Malcolm Morris 861.
Physiotherapie des Lupus, Dekeyser 1418.
Piedra, Horta 921.
Pigment. Malaria-, Ascoli 1514.
Pigmentanomalien d. Haut. Trichloressigsäure gegen, Watanebe u. Fujitani 1099.
— — — Physikal. Therapie bei, Dohi 1099.
— — — m. Kohlensäureschnee. Bhdlg. der, Sano u. Maki 1100.
— s. auch Syphilis I. F.
Pigmentbildung b. Leukoderma als Folge v. Sonnenlichtwirkung, Jones 891.
Pigmentierung d. Mundschleimhaut. Physiol., Bonnet 1224.
— d. Schleimhäute. Physiolog., Bonnet 1601.
— s. Hautpigmentierung.
Pigmentmal am Rumpf usw. Ausgedehntes behaartes, Dore 920.
Pigmentverlust d. Haare. Fleckförmiger, völliger, Huebner 1124.
Pigmentzirrhose b. einem Diabet. Hämolyse u., Chalier u. Nové-Josserand 890.
*Pikrinsäure u. Jod. Bhdlg. d. Impfstellen m. einer alkohol. Lösg. von, Schamberg 1355. idem Schamberg und Kolmer 1391.
Pilzerkrankungen der Haut 1450.
*Pinselhaar, Thysanothrix, Franke 1269.
Pintokrankheit 1736.
Pirquet bei Lepra. Wasserm. Reakt. u. Hautreaktion nach, Photinos und Michaélidès 861.
Pitruitin a. Blasentonikum, Hofstaetter 937.
Pityriasis lichenoides chronica 851.
— rubra, Wallhauser 1731.
— versicolor b. 3 Schwestern, Knowles 923.
Plerocercoides prolifer, Inouye 1389.
Pocken in Bayern 1369.
Pockenepidemie in Frankfurt am Main. Fromm 1660.
Pockenerkrankungen in Königsberg, Stumm 1660.
Pockenfrage. Impf- und, Böing 1659.
Polyneuritis 1021.
Polypen d. hint. Harnröhre. Pathol. d., Lipmann-Wulf 1128.

Digitized by Google

Polyurie. Experimentelle, Legueu und Berne Lagarde 1447.
— Nächtliche, Miller 1808.
Porokeratosis, Pasini 1733.
Potentia generandi 1797.
Präkanzeröse Dermatosen, Bowen 1131.
Präzipitine 1139.
Proktitis blennorrhoica 1022.
Prophylaktikum gegen vener. Infektionen. „Virilact", ein, Ullmann 1596.
Prophylaxe der venerischen Krankheiten, Truffi 1191, 1310.
— d. Geschlechtskrankheiten. Normen d., D'Amato 1312.
— in d. amerik. Armee. Antivenerische, Grandjux 1606.
— Venerische, Holcomb 1606.
— d. Variola 1661.
Prostata, Kolischer 1801.
— Pathologie d., Wilson u. McGrath 965.
— und Psyche, Bieck 1092.
— Blutungen a. d., Pasteau 1264.
— Giftigkeit v. Extrakten a. d. hypertrophischen, Legueu u. Gaillardot 1260.
— b. Harnlassen. Bedeutg. d., Lendorf 964.
— und seine Behandlung. Epitheliom d., Mahmoud 966.
— Sexuelle Neurasthenie u., Lydston 965.
— Prostatismus u. Prostatektomie, Nicoll 967.
— Senile Hypertrophie der, Gries 888.
— m. nachfolg. Punctio vesicae suprapub. Harnretention inf. Hypertrophie der, Lederer 967.
— Fernresultate der Prostatektomie bei Hypertrophie der, Proust 991.
Prostataabszesse. Chron. nichttuberkul., Battesti 965.
Prostataatrophie, Barth 966.
— Oper. Bhdlg. d., Füssengluth 1804.
Prostatadehnung, Bayer 965.
— Bhdlg. d. Prostatahypertrophie durch, Kraemer 968.
Prostataerkrankung, Bangs 1802.
Prostataerkrankungen. Diagnostik katarrhalischer, Alexander 1802.
Prostatahypertrophie. Die, Karo 1192, 1803, Pfortner 1803, Negrete 1804.
— usw. Duct. ejacul. b. d., Aybar 967.
— u. Blasenstein usw., Janssen 967.
— u. Fremdkörper d. Blase, Michel 1803.
— Ätiologie der, Ballenger 967.
— usw.? Woraus entwick. s. d. sog., Lendorf 969.
— Anatomie der, Quervain 967.
— Anatomische Untersuchungen usw., Tandler u. Zuckerkandl 1011.
Prostatahypertrophie. Zystoskopie bei, Marion 1261.
— Behandlung der, Karo 968.
— Palliativbehandlung der, Joseph 1804.
— durch Prostatadehnung. Behandlung der, Kraemer 968.
— Zweizeitg. Prostatektomie weg. Atonie u. Erweiterg. d. Blase b., Perrier 990.
— u. ihre Behdlg. m. Röntgenbestrahlg. d. Hoden. Ätiologie d., Hock 967.
— Hodenbestrahlg. bei, Ehrmann 968.
— durch Röntgenbestrahlung der Hoden. Behandlung der, Tappeiner 1804.
— Unwirksamkeit d. Röntgenstrahlen bei, Rockwell 1804.
— Röntgenstrahlen bei der, Hunter 968.
Prostatainadurationen. Thiosinamin bei entzündlichen, Ullmann 965.
Prostatakarzinom, Gardener und Cummins 1803.
Prostatakarzinome u. ihre chirurg. Behandlung, Posner 966.
Prostatakörner, Björling 1072.
Prostatakrebs, Thévenot 1264.
— Prostatektomie wg., Leriche 1264.
— Radium bei, Cauhapé 966.
Prostataobstruktion. Behebg. d., Squier 969.
Prostatasarkom, Pleschner 966, Pauchet 1332.
Prostatasekret. Vorkommen von Leukozyten im, Björling 860.
— Körnchenkugeln im, Goldberg 1074.
Prostatavergrößerung. Dilatation d. prostatischen Teiles d. Urethra bei, Siter 1791.
Prostatazytotoxin, Sellei 1073.
Prostatectomia hypogastrica 1804.
— suprapub. Komplik. d., Deroide 970.
Prostatektomie, Favento 969, Hook 1805.
— Prostata, Prostatismus u., Nicoll 967.
— wegen Atonie u. Erweiterg. d. Blase bei Prostatahypertrophie. Zweizeitige, Perrier 990.
— Sphinkterenverschluß der Blase nach, Wallace u. Page 990.
— Herstellung des Harnwegs nach, Licini 1805.
— Nachbhdlg. nach, Bremerman 1806.
— wegen Prostatakrebs, Leriche 1264.
— u. Nierenkrankheiten, Minet 1334.
— Spinale Stovainanästhesie bei, Kidd 1331.
— b. Hypertrophie d. Prostata. Fernresultate der, Proust 991.
— Entfernte Resultate d., Herescu 991.
— Technik der hypogastrischen, Gruget 1805.
— u. Vesikulektomie auf kokkiperineal. Wege, Lumbroso 991.

Digitized by Google

Prostatektomie m. lat. Inzision. Perineale, Henry 991.
— usw.? Was geschieht b. d. suprapub., Lendorf 969.
— u. d. Vorteile d. suprapub. Methode. Indikat. d., Gardner 969.
— Nachbehandlung der suprapubischen, Goldmann 990.
— Transvesikale, Augier 970, Leclerc Dandoy 970.
— Ausg. d. transvesikalen, Leotta 1805.
— n. Wilms, Stieda 970.
Prostatektomien. Fernresult. d., Casper 991.
— Fernkomplikat. bei — usw., Guisy 1073.
Prostatektomierten. Akute Prostatitis bei einem, Marion 1075.
Prostatiker ohne Prostata 1448.
Prostatischen Fistel. Heilg. einer perineo-Lippens 1075.
Prostatismus u. Prostatektomie. Prostata, Nicoll 967.
—? Gibt es einen vesikalen, Marion 1448.
Prostatitis actinomyc. Pyonephritis et, Cohn 966.
— u. Arthritis. Vakzinebhdlg. der blennorrhoischen, Sellei 1022.
— bei einem Prostatektomierten. Akute, Marion 1075.
— Behandlung der, Snow 1803.
Prostatometer, Scherk 965.
Prostatorrhöe. Urethroskop. Befunde bei Spermatorrhöe u., Scheuer 964.
Prostituierten m. der Wasserm. Reaktion. Kontrolle der, Müller 1476.
Prostituiertenehen, Freyer 1202.
Prostitution in Shakespeares Dramen. Syphilis und, Schelenz 1044.
— Syphilis u. Reglementation der, Relu 1044.
— Berliner, Pinkus 1129.
— während d. Weltausstellung in Turin, Rohleder 1231.
— Gesetze betreffs d., Peterkin 1331.
— in Bremen, Weidanz 1478.
— in Hanoi, Le Roy des Barres und Tissier 1606.
— in europ. Städten. Kontrolle d., Bierhoff 1606.
— Reglementierung der, v. Düring 1607.
Prurigo u. Leukämie, Copelli 1387.
— Morris 1651.
Pruritus d. Glans, Dubois Havenith 1787.
— ohne Hautläsionen v. gastro-intestin. u. aliment. Ursprung, de Azúa 887.
— cutaneus. Bhdlg. des, Sellei 1774.
— vulvae 1815, Gibbons 1001, 1774.
— — und ani. Bhdlg. des, Campbell-Horsfall 922.
Pruritus ani: seine wahrsch. Ursache u. die darauf beruhende Therapie, Murrey 922.
Pseudofibromatose im Zustandsbild der Akrodermatitis atrophicans. Die multiple, Nobl 896.
Pseudohermaphroditismus femininus, Ringel 927.
Pseudo-Pelade, Fox 1252.
Pseudoxanthoma elasticum, Herxheimer u. Hell 1188.
Psoriasis 1413, Magers 1732.
— Ätiol. u. Symptom. d., Gaucher 1731.
— Vitiligo und, Bettmann 1091.
— durch method. Kratzen. Diagnose d., Lutembacher 1732.
— mit Acid. lact. u. Kolonirrigationen. Behandlung der, Winfield 1733.
— m. Enesol. Behandlg. d., Sabouraud 1733.
— mit Kälte. Behdlg. d., Axmann 1732.
— u. Lichen planus. Natr. cacodyl. bei, Wiltse 1258.
— m. ultravioletten Strahlen. Behandlg. der, Breiger 1733.
— en gouttes d'aspect syphiloide 851.
— familialis, Knowles 1732.
— rufinides ostracea et cornea 1589.
— vulgaris, Pospelow 1589.
— — b. e. Ehepaare, Imparati 1036.
— — Ätiologie der, Prowazek 1419.
— — Ätiol. Studien über, Armbruster 1731.
Psoriasisherd. Ulcus rodens auf einem, Gray 1359.
Psorospermosis vegetans, Havas 1760.
Pubertas praecox, Verebély 1814.
Pulsieren der periph. Arterien. Sichtbares 1137.
Purpura, Troplano 1338, Sorrentino 1478.
— Abdominelle Erscheinungen bei, Lavallée 1338.
— Nephritiden im Verlaufe d., Deléarde u. Mounier 1338.
— Hämorrhag. Nephritis bei, Lippmann 1643.
— Neuritis haemorrhagica bei, Eichhorst 1338.
— u. Tuberkulose, Dei Poli 1668.
— mit resp. ohne kut. Läsionen. Chronische, Edgeworth 1338.
— Henochsche, Bendell 1337, Moore 1642.
— m. Blutserum behandelt. Henochsche. Wilson 1642.
— Infektiöse, Cotte u. Chalier 1643.
— Künstlich erzeugte, Verne 1338.
— Rheumatoide, Dubois Havenith 1338.
— annularis telangiectodes, Linden-

Digitized by Google

heim 1128, *Brandweiner 1291, Truffi 1191, 1311, Vignolo-Lutati 1594.
Purpura haemorrhagica, Wallfield 1338.
— — mit Mangel der Blutplättchen, Le Sourd u. Pagniez 1643.
— melitococcica, Carrien u. Anglada 1643.
— rheumatica, Pechère 1643.
Pyelitiden. Therapeut. Wert d. urethralen Katheterismus b. d. Bhdlg. vereiterter, Peuel 933.
Pyelitis. Bhdlg. der, Geyerman 1331.
— Primäre Koli-, Meyer-Betz 1813.
— blennorrhoica, Lehr 1818.
— gravidarum. Exp. Btrge. z. Ätiologie der, Sieber 1813.
Pyelonephritis usw. Behdlg. der eitrigen Uretero-, Perineau 865.
Pyelotomie b. Nierensteinen, Bazy 1074.
— Radiograph. Indikationen f. d., Arcelin u. Rafin 1448.
Pyocyanein 1746.
Pyodermien 1329.
Pyonephritis et Prostatit. actinomyc., Cohn 966.
Pyonephrose. Blennorrh., Fayol 1818.
Pyosalpinx. Ätiologie der — (m. bes. Berücksichtg. d. histol. Befunde) 1818.
Pyozyanase 1747.
Pyramidon 1636.

Quantimeter, Kienböck 1057.
Quarzlampe. Die medizinische, Stümpke 1336.
— b. Hautkrankheiten, Thedering 1620, Kromayer 1620.
— Behandlung der Ulcera cruris mit der, Brändle 1769.
Quarzlampenbeleuchtung 1202.
Quecksilber 1139.
— Ungewöhnl. Empfindlichkeit d. Kolons gegen, Montgomery 1287.
— Vergiftung mit, Skudro 1624.
— Leber und Niere, Morel, Mouriquand u. Policardt 1624.
— im Urin. Nachweis von, Abelin 1807.
— s. auch Syphilis I L.
Quecksilbers a. d. Parotisdrüse. Wirkg. des, Giani 1624.
Quecksilberbehandlung. Körpergewicht b., Rall 1286.
Quecksilberdampfbeleuchtung 1202.
Quecksilberinjektionen. Dosierung bei, Cronquist 1595.
Quecksilberpräparate bei Spirochätenkrankheiten, Abelin 1624.
Quecksilbertherapie. Geschichte d., Bardach 1286.
Quinckesche Krankheit 1319.

Rachianästhesie m. Novokain in der Urologie, Gayet 1334.
Radioaktiver Schlamm bei Epididymitis blennorrh. 1819.
Radioaktives Serum v. Dr. Jean Nicolaidi 1317.
Radiographie der Nierensteine. Fehlerquelle bei der, Marion 865.
— gewonnene Indikationen b. d. Steinkrankheit d. Harnwege. Durch, Boursier 1038.
— Zysto- 1074.
Radiographische Indikationen f. d. Pyelotomie, Arcelin u. Rafin 1448.
Radiographischem Nachweis von Veränderungen an der Sella turcica. Akromegalie mit —, Gross 871.
Radiosklerose 1137.
Radiotherapeutische Behdlg. d. einfachen u. parasit. Sykosen, Hadengue 1422.
Radiotherapie u. d. Kohlensäurevereisung. Lup. eryth. m. bes. Berücks. d. Ätiol. u. d. Therap., vorzügl. der, Löhnberg 901.
— behandelt. Blennorrh. Talalgie mit, Ratera 1025.
— Behdlg. d. tuberk. Lupus mit Skarifik. und, Tison 1419.
— Thermo-, Bainbridge 1619.
— Spätfolgen der, Walther 1645.
Radium. Therapie mit, de Castro 1407.
— Verbesserte Methode d. Gebrauches v., Abbe 1275.
— gegen Angiome, Breta 1763.
— bei Hautkrankheiten, Sierra 1315.
— Behandlung des Krebses mit, Nahmmacher 866.
— bei Prostatakrebs, Cauhapé 966.
Radiumapplikation bei Angiomen. Gefahren der, Kirmisson 1763.
Radiumbehandlung. Angiom der Oberlippe, Dubois-Havenith 868.
— v. Blasengeschwülsten, Paschkis 951.
— des Krebses, Finzi 866.
— b. malignen Neubild. u. Ulcus varicosum, Macdonald 1276.
Radiumbestrahlung i. d. Nasen-, Mund-, Rachenhöhle usw., Albanus 1275.
Radiumemanation auf die Haut. Zerstörender Einfluß d., Mesernitzky 1233.
— Mesernitzky 1618.
Radiumemanationshaltige Präparate i. d. Dermatologie, Troppauer 1618.
Radiumemanationstrinkkuren gebessert. Sklerodermie durch, Benczúr 905.
Radiumersatzpräparat „Mesothorium" 1384.
Radiumpräparaten. Therap. Anwendg. v. hochaktiven Mesothor- und, Wichmann 1276.
Radiumstation zu Wien, Staate 906.

Digitized by Google

Radiumstationen in öffentl. Krankenanstalten, Schiff 1384.
Radiumtherapie: Adrenalinanämie als Hautschutz i. d. Röntgen- u., Reicher u. Lenz 1284, 1622.
— d. bösartigen Geschwülste, Dohi u. Mine 1390.
Radiumträger. Dauwitz 1619.
Raphe penis und deren blennorrh. Entzündg. Nebengänge d., Tschernogubow 1162.
Raynaudsche Krankheit, Variot 1640, Crespi 1640, s. auch Syphilis II.
Raynaudscher Symptomenkomplex. Sklerodaktylie d. Hände u. Füße mit vorhergegangenem, de Azúa 887.
Raynaudscher Krankheit. Tödlich end. vasomotorische Gangrän, wahrscheinl. inf. v., Wilson 898.
Recklinghausen im Kindesalter. Morbus, Hirsch 873.
Recklinghausensche Krankheit, Pisko 1035.
— — s. auch Neurofibromatose.
Recklinghausenschen Krankheit. Blutbefund bei der, Wittemann 873.
Recklinghausenscher Krankheit. Familiäres Auftreten von, Rolleston u. Macnaughton 873.
Reglementierung in Schweden usw. Aufhebung d., Pappritz 1230.
Retentio uriae. Neurot., Eyres 927.
— — s. auch Harnverhaltung.
Retention inf. Hypertrophie der Prostata. Harn-, Lederer 967.
— u. Zystitis. Postoperat. Urin-, Jacobson u. Keller 955.
*Rezeptformen. Bewährte, Hodara 1329.
Rheumatismus. Akut. angioneurot. Ödem bei blennorrh., Gallavardin u. Delachanal 1319.
— Blennorrhoischer, Ramond 1822.
— Bhdlg. d. blennorrh., Audry 1822, Fuller 1822.
— m. Gonokokkenvakzine. Bhdlg. von blennorrh., Bonnamour 1822.
Rhinophyma, Lux 1736.
Rhinosklerom in Rumänien, Demetriade u. Vranceanu 1475.
— u. Salvarsan, Lieck 1746.
Riesenwuchs. Elefantiasis congenita und partieller, Antoni 1742.
Riesenzellen i. d. Niere. Epitheliale, Wittich 1000.
Rindertuberkulose beim Menschen. Kutane, Cosco, Rosa u. de Benedictis 1669.
Ringed eruption 1115.
Ringersche Lösg. bei Toxikodermien d. Schwangeren usw., Rissmann 1616.
Ringworm 1425.
Ristin, ein neues Antiskabiosum, Neuberger 924.
— als Mittel gegen Krätze, Tollens 924.
Röntgenbehandlung i. d. Dermatologie, Joseph u. Siebert 1275, Klingmüller 1621.
— d. Epitheliome, Callomon 1759.
— der Hautkarzinome usw., Körbl 867.
— e. Naevus lymphangiectaticus, Zehden 1161.
— v. Sarkomen, Kienböck 1761.
— geheilt. Sklerom dch., Sabat 1746.
*— e. kl. Anzahl derselben. Verschwinden sämtlicher Warzen nach, Halberstaedter 1522.
Röntgenbestrahlung durch Adrenalinanämie. Beeinflussg. d. Hautreaktion nach, Schmidt 1157.
— d. Hoden. Ätiologie d. Prostatahypertrophie u. ihre Bhdlg. mit, Hock 967.
— — — Bhdlg. d. Prostatahypertrophie durch, Tappeiner 1804.
*— e. Hand. Verschwinden der Warzen beider Hände nach, Delbanco 1524.
Röntgendermatitis b. einer Syphilitischen? Balvay u. Arcelin 1340.
Röntgendiagnose d. Harnsteine, Seelig 1074.
Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose, Soederlund, 1408.
Röntgenkarzinom, Haberer 1756.
Röntgenkastration 968.
Röntgenkrebs, Klemperer 868.
Röntgenlehre. Handbuch d. ges. med. Anwendg. d. Elektrizität einschl. d., Boruttau, Mann, Levy Dorn u. Krause 1335.
Röntgenstrahlen. Verhalten d. Blutes Neuropathischer gegen, Terzaghi 1312.
— b. d. Diff.-Diagnose zw. Gumma u. Osteosarkom, Schoop 1258.
— Individ. Empfindlichkeit der Haut gegen, Thedering 1370.
*— u. Kohlensäureschnee. Überempfindlichkeit d. Haut gegen, Bogrow u. Grintschar 1147. Dieselbe Arbeit 1161.
— Kalomelreaktion d., Schwarz 1082.
— i. d. Urologie, Hoffmann 1785.
— Zellveränderg. d. Hodens dch., Barra u. Arnold 1798.
— Bhdlg. gynäkologischer Hauterkrankungen mit, Runge 1815.
— bei Hautkrebsen, Blecher 1754.
— Bhdlg. d. Hypertrichosis mit, Savill 1782, Rayner 1782.
— Kankroide dch., Piazza 1758.
— Beeinflussung des Karzinoms durch. Meidner (Bemerkung) 867.
— bei malignen Tumoren, Skinner 1751.

Digitized by Google

Röntgenstrahlen bei malignen Geschwülsten, Knox 1752.
— u. Hochfrequenz bei bösartigen Neubildungen, Müller 1752.
— b. d. Prostatahypertrophie. Verwendg. v., Hunter 968.
— bei Prostatahypertrophie. Unwirksamkeit der, Rockwell 1804.
Röntgenstrahlenbhdlg. der Hautepitheliome, Taparelli 1759.
Röntgenstrahlenwirkung. Biolog. Normalmaß f. d. Meyer u. Ritter 1058.
Röntgentaschenbuch, Sommer 1221.
Röntgentherapie. Rationeller Röhrenbetrieb i. d., Ritter 1275.
— Qualit. Strahlenmessung i. d., Meyer u. Ritter 1275.
— Kontraindikat. i. d., Schultz 1621.
— Schädigungen bei der, Ravogli 1621.
— Adrenalinämie als Hautschutz in der Radium- und., Reicher u. Lenz 1284, 1622.
— d. Akne vulgaris, Fischer 1419.
— gutartiger Affektionen, Boggs 1621.
— bei Karzinom. Erfolge der, Braschkin 866.
— d. Naevi vasculares, Weil 1781.
Röntgentherapeutische Bekämpfg. d. Tuberkulose, Wetterer 1671.
Röntgenverfahren i. d. Chirurgie, Köhler 1450.
Röteln u. Masern in Bayern 1368.
— u. Tuberkulose, Gazeau 1368.
Rosazea 1329, Kocher 1736.
— u. äußeren Augenerkrankgn. Beziehgn. zwischen, Erdmann 1421.
Rotlauf erzeugen? Können andere Keimarten, Poggiolini 1742.
— beim Menschen. Schweine-, Guenther 1744.
Rückfallfiebers. Perkutane Infektion mit Spirochäten d. russischen, Schellack 1481.

Säuglingsekzem s. Ekzem.
Salben. Antibakt. Wirkg. d., Kühl 1279.
Salbengrundlagen. Durchdringungsvermögen einiger, Gardiner 1278.
Salbenmaterial nach Hiroshahi 1390.
Salizylpflaster (50%) u. ein neues Salbenmaterial, Yamada 1390.
Salpalcol 1729.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan, Maileery 1034, Nicolich 1035, Keyes 1134, Gardner 1134, Stopford-Taylor u. MacKenna 1140, Stern 1474, Lamensa 1559, Zeissl 1560, Dreyfus 1560, Patterson 1713, Jefferiss 1713, Rosenthal 1713, Schmitt 1714, Grünberg 1710, Goldzieher 1710, Bodin 1140, Gennerich 1409, Kannengießer 1560, Morton 1711, Miyahara 1259, Halpern 1561, Sieskind 1559, Hübner 1559, Oppenheim 1559, 1710, E. Hg. 1626.
Salvarsan in Lissabon, da Silva 1065.
— in Moskau, Selenin, Molodenkow, Remesow, Rosenquist u. Ustinow 1162.
— in Tokio, Dohi, Watanabe u. Nakajima 1259, 1390.
— in der ambulanten Praxis, Sarkisow 1561.
— in der Landpraxis, Kramarenko 1561, Haneless 1628.
— im öst.-ung. Heere, Moldovan 1709.
— v. Rektum d. Kindes. Absorption des, Weill, Morel u. Mouriquand 1564.
— Arsennachweis im Harn nach, Merkuriew 1628.
— dch. d. Urin. Ausscheidg. von, Escallon 1709.
— Ausscheidg. u. tox. Wirkung des, Saccone 1198.
— Histolog. Nachweis des, Katz 1565.
— Idiosynkrasie gegenüber, Zieler 1629.
— Metabolismus des, Ferreira 1628.
— Pharmakologie des, Agis Garcin 1283, Pepin 1628.
— b. intraven. Einverleibg. Toxizität des, Hoke u. Rihl 1283.
— Leber u. Niere, Morel, Mouriquand u. Policard 1565.
— bhdlt. Syph. Organstoffwechsel bei mit, Cappelli 1310.
Salvarsaninjektionen auf d. Stoffwechsel. Einfluß der subkut., Marischler u. Schneider 1627.
Salvarsan. Lokale u. allgem. Veränderungen nach, Tommasi 1388.
— bei intraglut. Injekt. Örtl. Wirkung des, Löhe 1166.
— Einfluß d. Mikrobien auf d. Wirkg. von, Yakimoff u. Kohl Yakimoff 1283.
— und Arsenophenylglyzin. Schädigende Einflüsse auf, Gonder 1283.
— u. Neosalvarsan, Herbsmann 1631.
— — — Tierexperim. über, Kerstein 1631.
Salvarsanresistenz d. Blutkörperchen usw., Mühsam 1626.
Salwarsanwirkung, Ledermann 1126.

II. Therapie.

Salvarsan. Acanthosis nigricans. Heilg. durch, Bonnet 890.

Digitized by Google

Salvarsan. Behandlg. d. Angina Vincenti dch., Achard u. Desbouis 1745.
— bei Anthrax, Gubb 1746.
— Aortenerweiterung und, Declou u. Gauduchan 1630.
— b. Bilharziose usw., Fülleborn u. Werner 925.
— bei Frambösie, Rost 1747.
— bei chron. oberfl. Glossitis, Allport 1564.
— in der inneren Medizin, Golubinin 1628.
— Bhdlg. d. Lepra mit, Kudisch u. Lurje 983, Troitzkaja 1309, Rocamora 1477.
— Bhdlg. d. Leukoplakia mit, Guerrin 1734.
— geheilt. Lichen ruber planus durch, Polland 1734.
— verhindert nicht das Entstehen von Masern, Marfan u. Lagane 1368.
— bhdlt. Nervenerkrankungen mit, Mc Kinniss 1565.
— b. Nasen- u. Halskrankheiten, Borden 1713.
— in der Oto-, Rhino-, Laryngologie, Imhofer 1559.
— Beeinflussung des Pemphigus durch, Stümpke 1735.
Salvarsanbehandlung d. Pemphigus vulgaris, Merz 1424.
Salvarsan. Rhinosklerom u., Lieck 1746.
— bei Syphilis u. anderen Erkrankgn., Abulow 1309.
— bei anderen Krankheiten als Syphilis 1628.
— a. d. Verlauf nichtsyphilit. Infekt., Einfluß d., Feuerstein 1627.
— bhdlt. Pharynxtuberkulose m. Lues (?) kompliziert u. mit, Fleischmann 1167.
— b. e. Syphilo-Tuberkulösen, Jacquet 1168.
— Tuberkulinmethode 1596.
— bei malignen Tumoren, Grünberg 1752.
— Bhdl. d. Ulcera cruris mit, Lévy Bing u. Duroeux 1769.
— Bhdlg. d. Ulcus tropicum mit, Hallenberger 1748.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsananwendung. Methoden der, Likes u. Schoenreich 1568.
— Einf. Methode der, Fowler 1626.
Salvarsanbehandlung. Technik der, Mish 1035, Siebert 1201.
Salvarsaninjektion. Technik d., Dommer 1200.
Salvarsan. Technik, Anzeigen u. Gegenanzeigen d., Agis Garcin 1283.
— Vorsichtsmaßregeln b. Anwendung v., Milian 1196.
— folgenden toxischen Erscheingn. Ursache u. Verhütung v. gew. auf die Darreichg. v., McIntosh, Fildes u. Dearden 1197.
Salvarsanlösung. Herxheimersche Reaktion u. Herstellg. d., Leredde 1066.
Salvarsanlösungen. Titer der, Serrano u. Sainz de Aja 1313.
— Apparat z. Erzeugg. steril. dest. Wassers für, Katz 1394.
— Destilliertes Wasser bei Herstellg. der, Emery 1065.
Salvarsaninfusionen. Hilfsapparat für, Nochte 1716.
*Salvarsanlösung. Zur Frage d. sauren oder alkalischen, Struve 1005.
Salvarsanlösungen. Intravenöse Infusion saurer, Bernheim 1091.
Salvarsaninfusion. Intravenöse, Gradwohl u. Griest 1331.
Salvarsaninjektionen. Instrumentarium z. Bereitg. d. intraven., Bouveyron 1200.
— Technik der intraven., Jeanselme u. Vernes 1716.
— m. dest. Wasser. Intraven., Mistiaen 1201.
— Einlaufsgeschwindigkeit u. Puls bei, Milian u. Sauphar 1257.
Salvarsan f. intraven. Injekt. Auflösung des, Gurari 1569.
— f. intramusk. Inj. Neue Zubereitungsart d., Lesseliers 1200.
— u. Neosalvarsan in Öl. Intram. Injekt. v., Balzer 1256.
— per os. Anwendg. des, Kolmer u. Schamberg 1716.
— als Klistier, Selinski 1631.
— Rektale Applikation des, Portillo 1071.
Salvarsantherapie. Rektalmethode i. d., Bagrow 1201.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Gefahren u. Vorteile des, Oltramare 1197.
— bei syphilit. Affektionen. Gefahren d., Gaucher 1197.
— Nebenwirkungen des, Lenartowicz 1629.
Salvarsaninjektion. Nebenwirkgn. b. intraven., Kitagawa 1259.
— Schwere Erscheingen. nach d. 2., Thibierge 1196.

Digitized by Google

Salvarsan. Toxische Wirkung des, Stümpke u. Brückmann 1198.
— Ausscheidg. u. toxische Wirkung des, Saccone 1198.
— folgenden tox. Erscheingn. Ursache u. Verhütg. von gewissen auf die Darreichg. v., McIntosh, P. Fildes u. Dearden 1197.
— bei intraven. Einverleibg. Toxizität des, Hoke u. Rihl 1283.
— Unfälle n., Gaucher 1100.
— zur Last gelegten Zufälle. Die dem, 1196.
— u. bleihaltiges dest. Wasser, Sicard u. Leblanc 1626.
— Anaphylaxie gegen, Swift 1613.
Salvarsaninjektionen. Anaphylaktoide Erscheingn. bei wiederholten intraven., Iwaschenzow 1164, Wechselmann 1612, Brückler 1826.
Salvarsan auf das Auge. Wirkgn. von, Reese 1629, Fehr 1691.
— f. Auge u. Ohr. Gefahren des, Olsho 1567.
— u. Nervus opticus, Peythieu 1630.
— a. d. papillo-makuläre Bündel? Gibt es eine toxische Wirkung des, Gebb 1691.
Salvarsaninjektion bei Lues. Stauungspapille nach, Vollert 1691.
Salvarsandermatosen, Brauer 1445.
Salvarsanspätdermatitis. Melanodermie n., Grön 1768.
Salvarsan. Epileptiforme Anfälle n., Grigorjew 985.
— Fazialis - Akustikuslähmung nach, Goldmann 1199.
Salvarsanfieber, Auszterveil 1710.
— Temperatursteigerg. n. intraven. Inj. von, Inouye 1259.
*Salvarsan - Injektionen. Z. pyrogenen Komponente intraven., Nobl u. Peller 971.
Salvarsanschäden am Gefäßsystem, Wagner 1630.
Salvarsan a. d. kardiovaskulären Apparat. Wirkg. d., Burzi 1166.
Salvarsan-Geschwür, Maksimow 984.
Salvarsan. Ikterus n., Grossmann 1167.
— u. Nervenzysten, Spiethoff 1626.
— u. meningeale Erscheingn., Rispal u. Verbizier 1717.
— a. d. Zentralnervensystem. Schädlicher Einfluß d., Bogdanow 1162.
— Hirnnervenstörungen nach, Zaloziecki u. Frühwald 1565.
Salvarsaninjektion. Perineuritis ischiad. n. intramusk., Balzer u. Champtassin 1065.
Salvarsaninfusion. Vasocommotio cerebri nach, Müller 1474.
— Encephalitis haemorrh. nach, Klieneberger 1716.
Salvarsan. Neurorezidive n., Schwarz 1195, Benario 1718.
— bhdlt. Kranken. Bhdlg. d. Neurorezidive bei mit, de Aja 1313.
— geheilt. Neurorezidive mit, Falter 1718.
— Neurosyphilis n., de Azúa 1324.
— bedingt? Ist die Neurotropie in d. Sekundärperiode dch. Syphilis oder, Renault 1195.
— f. Auge u. Ohr. Gefahren des, Olsho 1567.
— Akustikusaffektion n., Kallenbach 1199.
— Fazialis-Akustikuslähmung n., Goldmann 1199.
— u. Hörstörungen, Milian 1199.
— Ramus cochl. d. VIII. Hirnnerven und, Lewinstein 1567.
— u. Taubheit, Maljutin 1567.
— a. d. Nieren. Einfluß des, Schlasberg 1445.
— Hämoglobinurie n. Anwendg. v. destil. Wasser als Lösungsmittel von, Milian 1256.
Salvarsanbehandlung. Anurie nach intraven., Livermore 1717.
Salvarsan. Todesfall nach, Portner 1064, Troisfontaines 1067, 1257, Gaucher 1198, Moore 1564, M'Donell 1630, Hammer 1719, Hirsch 1720.
Salvarsaninjektion. Tod einer Schwangeren nach intraven., Yahoulo 1719.
Salvarsanbehandlung inf. Hirnlues. Tod nach, Soprana 1530.
Salvarsan inf. rezid. zerebraler Syphilis. Todesfall nach, Soprana 1720.
Salvarsantod. Hist. u. exp. Untersuchgn. über den, Marschalko u. Veszprémi 1631.
*Salvarsaninjektion. Ulcus rotundum bei einem Syphilitiker, tödlicher Ausgang nach der zweiten —, Selenew 843, 984.
Salvarsaninjektionen. Überempfindlichkeitsreaktionen n., Cronquist 1716.
Salvarsananwendung entstand. Zyste. Arsenik einer nach, Wojciechowski 1010.
Salvarsanreaktion an den Zähnen, Zimmern 1629.
Salvarsanvergiftung, Legrand 1198.
Samenblase. Fibromyom d., Ceelen 964.
Samenblasen d. Menschen. Elast. Fasern u. Pigment i. d., Namba 963.

Digitized by Google

Samenfäden. Veränderg. d., Kurek 985.
Samenstrang 962.
Samenstranges. Stieltorsion d., Krause 963.
— b. Kryptorchismus. Zyste d., Bilhaut sen. 1037.
— Lipome des, Chalier 1801.
— Mischtumor des, Naegeli 1801.
Samenstrangtumoren, Schlueter 963.
Santhyl-Knoll, Mehlhorn 1044.
Saphenektomie 892.
Sapo viridis, Kapesser 1617.
Sarcoidei benigni. Tumores 1116.
Sarcoma cutis gigantocellulare, Brotmann 983.
— fusi-gigantocellulare d. Haut, Pasini 1387, 1760.
*Sarkoid (Miliarlupoid) Boeck großknotige und infiltrierende Form. Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Unna 1203.
— Multiples benignes 1766.
— -Typus. Tuberkulid (?) vom sog. Darier-Roussyschen, Adamson 1252.
Sarkom d. Hodens usw., Stokes 960.
— usw. Primäres multiples Riesenzellen-, Odstrčil 1189.
— Multiples hämorrh. idiopathisches, Fischel 1588.
— Mutation v. Harnblasenpapillomen in, Leuenberger 1761.
— s. Hämangio, Prostatasarkom.
Sarkome vortäuschend. Gummata, Chénelot 1105.
Sarkomen. Röntgenbhdlg. von, Kienböck 1761.
Sarsaparillen. Pharm. Bedeutg. u. biol. Wertbest. der, Kobert 1635.
Sauerstoff. Flüssiger, Bangs 1034.
Schanker am Mittelfinger mit heißer Luft behdlt. Weicher, Balzer u. Belloir 1067.
— Extragenitale weiche, Nicolas, Moutot u. Gaté 1749.
Schankers. Bhdlg. des weichen, Plicque 1749.
Schankröser Bubo 1749.
Scharlach 1659.
— Rückfalls-, Bókay 1654.
— in Bayern 1364.
— Bakt. Blutuntersuchg. b., Klimenko 1654.
— u. Nephritis. Bakt. Untersuchgn. d. Tonsillen bei, Koch 1365.
— u. Serumkrankheit. Diazoreaktion bei, Woody u. Kolmer 1366.
— Leukozyteneinschlüsse b., Döhle 1655.
— Vitiligo nach, Hill 1774.
— an Affen. Impfversuche mit, Landsteiner u. Levaditi 1366, Landsteiner, Levaditi u. Prašek 1655.
Scharlach. Angina und, Hampel 1653.
— Postdiphtherisches Erysipel als Äquivalent von, Mayer 1655.
— Syphilis u., Silvestri 1104.
Scharlachs. Ätiologie des, Nicoll 1365, Park 1657.
— Bhdlg. des, Fischer 1656.
— m. polyval. Antistreptokokkenserum, Szekeres 1657 (bis).
— m. Dioradin Nr. 3. Bhdlg. des, Gerloczy 1366.
— Eukalyptusbhdlg. des, Koerber 1366, Kretschmer 1656.
— m. nukleinsaurem Na. Bhdlg. des, Moljakow 1656.
Scharlachähnliche Erytheme 1652.
Scharlachepidemie in Groß-Berlin. Diphtherie- u., Westenhoeffer 1364.
Scharlachfälle. Atypische, Milton 1654.
Scharlachfarbstoffe. Exp. u. therap. Verwendg. d., Schmieden u. Hayward 1288.
Scharlachfarbstoffen in Salben. Giftigkeit von, Scheele 1634.
Scharlachfragen, Fischl 1364.
Scharlachkranken. Einschlußkörperchen im Blute von, Nicoll u. Williams 1656, Nicoll 1656.
Scharlachprophylaxe. Streptokokkenvakzine bei, Watters 1366.
Scharlach R. Anaphylaxie durch, Lombardo 1191, 1311.
Scharlachrotsalbe. Modifizierte 1634.
Scheidenfistel. Bhdlg. d. Blasen-Uterus-, Ward 888.
Schilddrüsenbehandlung. Besserg. dch. —. Herdförmige Sklerodermie, Nicolas u. Moutot 903, 1071.
Schilddrüsenextrakt. Enuresis u., Firth 927.
Schimmels n. d. Jahreszeiten. Verschiedene Giftigkeit des, Ceni 1228.
Schistosomum japonicum. Wanderungsweg des, Miyagawa 1777.
Schleimhautlupus n. Pfannenstills Meth. Behandlg. des, Strandberg 1676.
Schutzimpfung und ärztl. Beruf, Brewen 1661.
Schutzpockenimpfung. Bachmann 1661.
Schwangeren u. Wöchnerinnen. Toxikodermien bei, 1616.
Schwangerschaftsstreifen, Stratz 897.
— und ihre Verhütung, Barfurth 897.
Schwefelwirkung. Path. Veränderungen d. gesunden Haut nach, Kopytowski 1590.
Schweiß. Übergang von Arzneimitteln in den, Tachau 1234.
Schweißes Tuberkulöser. Übertragbarkeit des, Piery 1668.
Schweißdrüsen wd. d. Graviditär. Ver-

Digitized by Google

änderungen der Achsel-, Waelsch 1591.
Schweißdrüsen bei Sublimatvergiftung Alteration der, Faccini 1614, Lombardo 1624.
Sclerema neonatorum, Mensi 903.
Scleroderma diffusum, Betke 903.
Sclerodermia circumscripta, Vignolo-Lutati 1089.
Sclérose circinée des doigts, 1116.
Seborrhöe. Familiäre hereditäre, Jacquet 1124.
— und Akne, Ursachen und Behandlung, Whitfield 1442.
Seborrhoica Alopecia, 1597, 1729.
— Dermatitis 1433.
— Verruca 1331.
Seborrhoische Keratosis, 1504.
Sebörrhoischen Warzen. Fettgehalt des Epithels d., Cedercreutz 1187.
Seborrhoisches Ekzem s. Ekzem.
Sehnervenatrophie, 1200.
Seife. Antisept. Wirkung der, Pilod 1617.
Seifen auf die Haut. Wirkung der, Gardiner 1617.
Selen. Behandlung von Karzinom mit, Walker 1757.
Sera. Künstl. u. medikamentöse, Fleig 1114.
Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementbindungsreaktion, Dungern 1274, 1611.
Serum bei Haut- und inneren Krankheiten. Verwendung von normalem menschl., Linser 1128.
— Behdlg. v. Hautkrankheiten mit Menschen-, Heuck 1476.
Serumeruptionen u. Chlorkalzium, Gouralska 1318.
Serumexantheme. Kaliumsalze a. Prophylaktikum gegen, Cassidy 1318.
Serumkrankheit. Diazoreaktion bei Scharlach u., Woody u. Kolmer 1366.
Serumstoffen. Beziehungen zwischen natürl. Immunität u. spezif., Seiffert 1232.
Sexualorgane im Greisenalter. Veränder. d. männl., Remete 928.
Sexualpädagogik a. d. höheren Knabenschulen, Lohmann 1229.
Sexualpädagogische Vorfragen u. Fragen, Touton 1160.
Sexualpsychologische u. -pathol. Fragestellungen. Organe mit inn. Sekretion und, Lampe u. Strauss 1783.
Sexuelle Abstinenz bei Frauen, Fouquet 1814.
— Belehrung d. Mädchen, Heidenhain 1514.
— Funktionsstörungen, ausgehend v. Urogenitaltraktus, Townsend u. Vallentine 956.
Sexuelle Hygiene in d. öffentl. Schulen, Heidingsfeld 1606.
— Neurasthenie und Prostata, Lydston 965.
— — Porosz 1072.
— Störungen b. Manne, Fuller 956.
Sexuellen Abstinenz. Zur Frage der, Näcke 957.
— Funktionen n. d. Freyerschen Operation usw. Die, Aybar 967.
— Aufklärung u. Erziehung. Anleitung z., Oker-Blom 1013.
— Impotenz. Bhdlg. der, Lissmann 1797.
Sexueller Untüchtigkeit auf Glück u. Betätigung. Einfluß, Jaeger 888.
Sicosis lupoide 1770.
Sittenärztliche Statistik, Frede u. Bruening 1095.
Skabies. Diagnose d., Rosenberg 924.
Skarlatina. Meningeale u. pseudomeningeale Symptomenkomplexe im Verlauf der, Lafforgue 1364.
— Ätiologie der, Pierce 1365, Levaditi 1657.
— in Genf, Gautier 1652.
— Traumatische, Woinow 1652.
— Familienidiosynkrasie u. Virulenz bei, Banks 1653.
— Maligne, Palmer 1654.
Skleremie 902.
Sklerom v. Besnier 1771.
Sklerodaktylie d. Hände u. Füße mit vorhergegangenem Raynaudschen Symptomenkomplex, de Azúa 887.
— mit subkutaner Verkalkung, Scholefield u. Weber 920.
Sklerodermaähnliches Epitheliom 1385.
Sklerodermie, Dubois-Havenith 903, Donáth 904, 1772, Klinger 1771.
— Kasuist. u. Therapeut. zur, Kölle 903.
— mit Schilddrüsenatrophie, Boughut u. Dujol 1771.
— Weißfleckenkrankheiten u. 1385.
— Morbus Addisonii mit, Becker 903.
— Diffuse, Litzmann 902.
— Generalisierte ödematöse, Apert und Leblanc 902, 1771.
— mit Leberzirrhose. Generalisierte, Ercoli 902.
— Herdförmige. Besserung durch Schilddrüsenbehdlg., Nicolas u. Moutot 903, 1071.
— Progressive, Desneux 1771.
— dch. Radiumemanationstrinkkuren gebessert, Benczúr 905.
Sklerödem Erwachsener, Roscher 1156.
Sklerom beim Erwachsenen, eine Folge gestörter innerer Sekretion d. Ovarien, Delbanco 1384.

Digitized by Google

Sklerom durch Röntgenbehdlg. geheilt, Sabat 1746.
Skleroma. Hautveränderung beim, Mensi 1330.
Sklerose. Syphilis medull. unter d. Bilde der multiplen, Claude 1173.
Skorbut, Hussa 1643.
— des Meerschweinchens. Exper., Fürst 1643.
— Experimenteller, Holst u. Frölich 1644.
— Exper. Untersuch. über d. infantilen, Frölich 1644.
Skrophuloderma. Gesichtsasymmetrie bei, Zigler 1673.
Skrophulodermie. Nach d. Pfannenstillschen Methode beh. Fall v. Lupus vulgaris u., Sequeira 1253.
Skrotums. Lipom des, Lavoipierre 1789.
Sonnenbehandlung d. chirurg. Tuberkulosen, Witmer 1674.
Sonnenlicht bedingter Ausschlag. Rezidivierender durch, Castans 887.
— -Wirkung. Pigmentbildung b. Leukoderma als Folge von, Jones 891.
Sonnenstrahlen auf tub. Sequester. Einfluß der, Franzoni 1674.
Spermaflecken. Spermatozoen in, de Dominicis 1797.
Spermasekretion a. d. Harnröhre eines Weibes usw., Hirschfeld u. Burchard 927.
Spermatorrhöe u. Prostatorrhöe. Urethroskopische Befunde bei, Scheuer 964.
— Bhdlg. der, Plicque 1797.
Spermatozele, Rosenthal 1156.
Spermatozoen in Spermaflecken, Dominicis 1797.
Spermien. Verwendung eines Klebemittels bei Untersuchung auf, Solger 1251.
Sphincter vesicae int. u. d. Urethra post. Erkrankungen d., Wossidlo 937.
Spindelhaare. Übelmesser 1160.
Spirochaeta dentium. Reinkultur der 1603.
*Spirochäten. Verfahren zur intensiven u. raschen Färbung des Treponema pallidum u. anderer, Fontana 1003.
— u. Spirochätosen d. oberen Luft- u. Verdauungswege, Gerber 1226.
— im Mund, Thibaudeau 1602.
— Einfluß hämolytischer Stoffe auf, Prowazek 1604.
Spirochätenkrankheiten. Quecksilberpräparate bei, Abelin 1624.
Spirochätosen d. ob. Luft- u. Verdauungswege 1226.
Spironemacea 1604.
Sporotrichose, Balzer, Belloir u. Lamare 1254, Courmont, Savy und Florence 1425, de Beurmann 1443, Bonnet 1739, Lay 1739.
Sporotrichose d. Hand, Balzer, Belloir u. Lamare 1067.
— mit tiefen intramuskulären Herden, Brocq u. May 1254.
— im Sprungbeine. Primäre, Bonnet 1425.
— Augen-, Lapersonne 1452.
— in der Schweiz, Dind 1739.
— Septikämische, Antonio 1739.
— s. auch Hautsporotrichose.
Sporotrichoses. Les, de Beurmann u. Gougerot 986.
Sporotrichosis. de Beurmanns und Gougerots Ansichten über die, Chipman 1133.
— bei Menschen u. Pferden, Sutton 1425.
— lymphangitica, Bonnet 1426.
— bei Kaninchen. Experim., Chirivino 1426.
— 1736.
Sporotrichoticum. Panaritium, Gastou u. Bonneau 1068.
Sporotrichum Beurmanni 1068, 1426.
Sporozoa. Campana 1192.
Spülmassage der vord. Harnröhre 1073.
Stärkekleister s. Krätze.
Staphylomykose der Niere, Ekehorn 1597.
Steine s. Urethral-, Blasen-, Ureter-, Harn-, Harnröhren-, urethro-prost. Steine.
Steinkohlenteer in der Dermatologie, Rygier u. Müller 1593.
— bei Hauterkrankungen, Müller 1635.
Steinkrankheit der Harnwege. Durch Radiographie gewonnene Indikationen b. der, Boursier 1038.
Sterilisierung d. Haut vor einer Operation, Don 1231.
Stockes-Adamscher Krankheit. Blutveränderungen bei, Bouber 1169.
Stomatitis mercurialis. s. Mercurialis.
Strahlenenergie. Behdlg. d. Hautkrankheiten mit, Proskurjakow 1275.
Strahlenmessung in d. Röntgentherapie. Qualit., Meyer u. Ritter 1275.
Strahlenquellen. Messung der Wirksamkeit violetter u. ultravioletter, Bering u. Meyer 1081.
Strahlentherapie bei malignen Tumoren, Werner 1750.
Strahlenwirkung. Untersuchungen zur biolog., Meyer u. Ritter 1082.
Strahlungsreaktionen. Biochem., Schwarz u. Zehner 1618.
Streptokokkenvakzine bei Scharlachprophylaxe, Watters 1366.
Striae atrophicae, Achloridurie u. Abdominaltyphus, Vaughan 1770.
Striktur. Blasenhalskrämpfe infolge 888.
*— und doppelseit. Epididymitis. Unbewußte Gonorrhöe trotz, Heim 1555.

Digitized by Google

Striktur. Periurethrale Komplikat. d., Silverberg 1791.
— d. Pars cavernosa urethrae. Seltene, Jaboulay u. Fayol 1791.
Strikturen n. Harnröhrenverletzungen u. ihre Behdlg., Legueu 935.
— d. Harnröhre b. Manne, Brouner 935.
— d. Urethra. Kongenitale, Loumeau 1449.
— s. auch Harnröhren-, Urethralstriktur.
Strohhalm, d. unter d. Haut wieder z. Vorschein kam. Ein verschluckter, Salles 923.
Sublimatvergiftung. Anurie bei, Kolossow 1598.
— Alterationen der Nieren und Schweißdrüsen bei, Faccini 1614.
— Veränderungen der Schweißdrüsen bei, Lombardo 1624.
Sulfurierung 1635.
Sykosen. Radiother. Behdlg. d. einf. u. parasit., Hadengue 1422.
Sykosis barbae coccogenes usw. m. Opsonogen. Behdlg. der, Odstrčil 1423.
Symphytum officinale 1284.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Drüsen mit innerer Sekretion. Beziehgn. d. Syph. zu einigen, Delpy 1109.
Extragenitale Syphilis.
Augenlids. Primäre Syph. des, Briganti 888.
Hand. Syph. Primäraffekte d., Milian 1256.
Kinns. Initialsklerose des, Dubois-Havenith 1047.
Konjunktiva. Primäraffekt an der, Jacqueau 1488.
Mundhöhle: Nasen- u. Rachenhöhle. Primäraffekte d., Hoffmann 1680.
Nabel. Syphil. Primäraffekt am, Rille 1130.
Nase. Syph. Primäraffekt d., Gaucher, Giroux u. Ickball 1256.
Oberlippe. Primäraffekt der, Hallopeau u. François-Dainville 1256.
Periungualer Schanker, Gaucher, Giroux u. Brin 1409.
Fieber. Tertiärsyphilitisches, Sisto 1049, Schattenstein 1454, Stern 1159.
— im spät. Syph.-Stadium, Bjalokur 1681.
Herxheimersche Reaktion. Zerebrale Störungen und, Milian 1064.
— — u. Herstellg. d. Salvarsanlösung, Leredde 1066.
Ignorierter Syphilis. Wasserm.-Reaktion bei, Gravagna 1057.
Immunität bei Syph. tarda, Vignolo-Lutati 1386, 1454.
— bei eingesessenen Stämmen, French 1509.
Immunsubstanzen des Organismus. Einfluß v. Heilmitteln d. Syph. auf die, Dohi 1139.
Kachexie bei Syph. Progressive, Bonnet 1049.
Latenter und ignorierter Syph. wichtige Symptome. 3 bei, Guidone 1137.
Maligna m. hämorrhag. Exanthem. Lues, Seiffert 1048.
— Lues 1048.
Prognose der Syphilis, Bayet 1047, 1455.
Prognostik der Syphilis. Individuelle, Blaschko 1092.
Prophylaxe der Syphilis 1476.
Reinfektion. Syphilitische (Reinfectio syphylitica), Schneller 1489, Zimmern 1680, Gittings 1047, Graham 1505.
— — nach Salvarsan, Belin, Milian u. Amodrut 1167, Covisa u. Nonell 862, 1563, Fournier 1335, Mrongowius 1563, Jullien 1563, Wüsteuberg 1680.
— — — — Wahrscheinliche, Queyrat 1167.
Reinokulation d. Syph., Milian 1167.
Schanker. Doppelter, Queyrat 1489.
— Schwarzer 1563.
Syphilis. Geschichte der, Morris 1678.
— in Vergangenheit u. Gegenwart, Moore 1678.
— in Europa u. Alter d. Syph. Zeit des Einzugs der, Tschlenow 1044.
— Nomenklatur der 1561.
— Öffentlichkeit und, Dyer 1044.
— u. Prostitution in Shakespeares Dramen, Schelenz 1044.
— und Reglementation der Prostitution, Relu 1044.
— der Prostituierten, Pinkus 1129.
— Statistik der, Granjux 1044.
— Spätfolgen der, Drury 1455.
— Verspätet ausbrechende, Gougerot 1454.
— in Beleuchtg. d. neuen Versuchsuntersuchungen, Poor 1683.
— hervorgeruf. Veränderungen. Pathol. Anatomie der durch, Entz 1683.
— Hampster 1332, Sommerville 1682, Dind 1046.
— im Jahre 1912 1045.
— in Südafrika, Brock 1453.
— -Tilgungsaktion in Bosnien u. Herzegowina 1702.
— als Todesursache in Bayern 1044.

Digitized by Google

Syphilis beim Weibe, Smith 887.
— im Puerperium. Latente, Calderini 1455.
— d. Gatten a. d. Frau übertragen, Rizat 1260.
— Familiale 1102.
— u. Amme, Baux u. Berthoumieu 1103.
— Freiwillig akquirierte, Jullien 1125.
— im Berufe, Zeissl 1678.
— und Dentisten, Zabel 1679.
— „d'emblée", Laue 1489, 1680.
— Unterricht in, Corlett 1490.
— und Blennorrhöe in d. Abbildgn. zu Pantagruels Gesängen, Cumston 1570.
— u. Epitheliom, Garibaldi 1192, 1312.
— u. Erythema nodosum, Gueit 1649.
— u. Frambösie verschied. Krankheiten? Sind, Neisser 1104.
— u. Hautkrankheiten in d. Ohren-Kehlkopfpraxis, Lutz 888.
— und Karzinom, Gougerot 1506.
— und Lezithin, Lesser 1127.
— u. Scharlach, Silvestri 1104.
— u. Vitiligo, Marie u. Crouzon 1774.
Syphilisverlauf u. Behandlung, Orlowski 1046.
Syphilitikers. Medizin. Testament des, Darricarrère 1045.
Syphilitische auf Tuberkulin? Wie reagieren, Augagneur 1047.
— Natur von krankhaften Symptomenkomplexen, Massini 1680.
Syphilitischen? Röntgendermatitis bei einer, Balvay u. Arcelin 1340.
— Erscheingn. n. komb. Salv.-Hg-Bhdlg. Wiederauftreten der, Neuwelt 1564.
Syphilo-Tuberkulösen. Salv. bei einem, Jacquet 1168.
Trauma in der Latenzzeit 1386, 1454.
Typhöse Syphilis, Rénon u. Richet 1109.

B. Ätiologie.

Bakteriologische Untersuchgn. z. Frage d. Lues. Serol. und, Benner 1054.
Mikroorganismus d. Syph. Lebenskreislauf des, McDonagh 1681.
Reinkultur v. Spiroch. geimpft. Affe mit, Arnheim 1063.
Spirochaeta pallida im Gewebe. Schnellfärbungsmethode d., Nakano 1226.
— — Methode z. mikroskop. Nachweis d., Phillips u. Glynn 1226.
— — n. d. Methode v. Hecht. Nachweis der, Nicolas u. Charlet 1227.
— — Färbung der, Tunnicluff 1602.
— — Exper. Syph.-Forschung m. Bezug auf die, Noguchi 1456.
— — Kultur der, Sowade 1593, Arnheim 1603, Noguchi 1604, Tomasczewski 1064.
Spirochaeta pallida. Reinzüchtung der, Nakano 1603, Tomasczewski 1603, Shmamine 1603, Sowade, 1227, Schereschewsky 1603.
— — b. Kulturverfahren. Identifikation der, Noguchi 1604.
Spirochäten. Methoden d. Materialentnahme b. Untersuchg. syph. Läsionen auf, Wladissavlievitch 1050.
— Wirkung lokal angewendeter Medikamente auf, Levy-Bing 1127.
— Schnellfärbgs.-Methode v., Shmamine 1226.
— -Lagerung u. Darstellung in prim. u. sek. Lues, Nieckau 1478.
Spirochätenextrakt. Intrakutanreaktionen mit, Kämmerer 1615.
Spirochätenfärbung im Ausstrich, Sabrazes 1602.
Syphiliserregers. Tierexperim. Nachweis, Züchtg. u. Färbg. des, Spengler 1050.
— Geschichte des, Stein 1456.
*Treponema pallidum u. andere Spirochäten. Verfahren z. intensiven und raschen Färbung des, Fontana 1003.
— — 1456.
Treponemen u. syphil. Ausschläge. Wirkung des Salvarsans auf, Levaditi u. Twort 1165.

C. Experimentelle Syphilis.

Affe mit Reinkultur von Spirochäten geimpft, Arnheim 1003.
Affen mit maligner u. tertiärer Syphil. Subkut. Impfung v., Tomasczewski 1160.
— Syphilit. Paraplegie u. Verblödg. bei einem niederen, Milian u. Girauld 1067.
Experimentelle Syphilis, Feilberg 1069.
— Untersuchungen üb. Syph., Uhlenhuth 1480.
— — — — des Auges, Igersheimer 1690.
— Syphilisforschung mit bezug auf die Spir. pallida, Noguchi 1456.
Kaninchen. Spezif. Antikörper bei mit Nukleoproteid syphilit. Organe behandelt, Cristina u. Cipolla 1079, 1192, 1312.
— Chemotherapie u. Impfsyphil. d. 1480.
— Experim. Syphilis bei, Finkelstein 1481 (bis).
— Verimpfgn. v. Blut u. anderen Körperflüssigkeiten syph. Menschen in die Hoden von, Uhlenhuth u. Mulzer 1482.
— Gelungene Verimpfg. v. Blut, Blutserum u. Sperma syph. Menschen in d. Hoden von, Uhlenhuth u. Mulzer 1482.

Digitized by Google

Kaninchensyphilis. Experiment., Uhlenhuth u. Mulzer 1051.
— Wasserm.-Reakt. bei exper., Blumenthal u. Meyer 1092.
— Truffi 1191, 1311.
— Histologie d. exper., Delbanco 1384.
— Perkutane Infektion m. Spirochäten der, Schellack 1481.
— Histopath. Veränderg. bei der exper., Uhlenhuth, Mulzer u. Koch 1682.
Tierexperimenteller Nachweis, Züchtung und Färbung des Syphiliserregers, Spengler 1050.

D. Diagnostik.

Diagnose der Ulcera dura, Dreyer 859.
— u. Ther. d. Syph. Fortschritte bei der, Sequeira 1177.
— der Syphilis. Klinische, Graves 1679.
— der Syph. Früh-, Dexter u. Cummer 1679.
Dungern. Syph.-Diagnostikum v., Krulle 1126.
v. Dungernsche Methode d. Serodiagnost. d. Syph., Steinhaus 1076, Malan u. Dematteis 1077.
— Syphilisreaktion, Emmert 1252.
— Modifikation der Wasserm.-Reaktion, Körtke 1487.
Epiphaninreaktion bei Syphilis, Meyer 1078, 1688.
— Wasserm.-Reakt. u., Keidel u. Hurwitz 1688.
Erkennung. Behdlg. u. Verhütg. d. Syph. Fortschritte in, French 1045.
Flemingsche (Hechtsche) Modifikat. der Wasserm.-Reakt. 1688.
Hecht. Klin. Bedeutg. d. Reaktion von, Pinés 1487.
Hechtsche Methode. Serodiagnostik der Syphilis durch die, Montval 1077.
— Modifikation d. Wasserm.-Reakt. 1688, Brendel u. Müller 1688.
Hermann u. Perutz. Syph. Reaktion von, Jensen u. Feilberg 1686.
Intrakutanreaktion bei Syphilis, Nobl u. Fluss 1051.
Intrakutanreaktionen mit Spirochätenextrakt, Kämmerer 1615.
Karvonen. Reaktion nach 907.
— Syphilisreaktion nach, Siebert 1158.
Komplementbindung bei Syph. Einfluß der Temperatur auf die, Altmann u. Zimmern 1188.
Kutireaktion u. Serodiagnose, Bellantoni 1484.
Laboratorienuntersuchungen u. Syphilis-Diagnose, Guszmann 1682.
Luetin 1134.
Luetinprobe f. Syph., Gradwohl 1483.
Luetinreaktion, Fox 1360, Noguchi 1689.
Manoiloff. Reaktion nach 907.
Meiostagminreaktion, Bernstein u. Simons 1078.
— bei Syph., Marañon u. y Rios 1315.
Noguchi-Reaktion f. d. allgem. Praxis. Wert der, Lederer 1077.
— Wert der Methode von, Gavini 1077.
— -Luetin-Reaktion in der Dermatologie, Robinson 1134.
Optische Serodiagnose d. Syph., Jacobsthal 1054.
Perutz. Syph.-Reakt. v. Hermann und, Jensen u. Feilberg 1686.
Porges u. Wassermann bei der Syph.-Diagnose. Vergleich d. Reaktionen v., Guilmain 1077.
— sche Reaktion b. d. Syph.-Diagnostik. Schürmannsche und, Zuccolo 1077.
Provokationsdiagnostik 1705.
Rhodanausscheidung im Speichel u. Diagnose der Syphilis, Angerer 1682.
Schürmannsche u. Porgessche Reaktion b. d. Syph.-Diagnostik, Zuccola 1077.
Serodiagnose u. Kutireaktion, Bellantoni 1484.
— der Syphilis, Brauer 1556.
Serodiagnostik der Syph. Bedeutg. der, Neisser 1055.
— — — Einfluß der Quecksilber- und Arsenikbehdlg. a. d., Sadoun 1080.
— — — Fehlerquellen in der, Nielsen 1685.
— — — Hämolysehemmende Eigenschaften bei luet. Seren und, Popoff 1687.
— Jochmann 1683.
Serodiagnostischen Syphilisreaktion. Vereinfachg. u. Verfeinerg. d., Stern 1055.
Serologische u. bakteriol. Untersuchgn. z. Frage der Lues, Benner 1054.
— Untersuchgn. v. Familien syphilogener Nervenkranker, Hauptmann 1172.
Seroreaktionen d. Syph., Araujo 1337. Verrotti 1684.
Serumreaktion d. Syph. bei Säuglingen, Ledermann 1684.
Wassermann- u. Weil-Kobra-Giftreaktion auf Syph. Vergleich d., Schwartz 1076.
— bei der Syph.-Diagnose. Vergleich d. Reakt. v. Porges u., Guilmain 1077.
— -Reaktion. Sodahaltige physiol. Kochsalzlösung bei der, Pöhlmann 1078.
Wassermannsche Blutprobe in diagnost. zweifelhaften Fällen, Roemheld 1346.
— Reaktion 1678, Stein 1057, Kaplan 1683, Corbus 1683, Müller 1487, Levy-Bing u. Dogny 1597.
— — in ihrer Bedeutung für d. Gynäkologie usw., Stein 1051.

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Lepra u. Yaws, Bloombergh 1053.
— — bei progress. Paralyse, Candler 1053.
— — mit der Zerebrospinalflüssigkeit u. d. Blute d. Paralytiker, Morselli 1053.
— — bei ignorierter Syph., Gravagna 1057.
— — in einem Gelenkergusse, Jacquet u. Durand 1067.
— — mit inakt. u. nichtinakt. Serum, Hallion u. Bauer 1068.
— — Physiol. Kochsalzlösung u., Pöhlmann 1078.
— — bei experiment. Kaninchensyphilis, Blumenthal u. Meyer 1092.
— — bei tertiärer Hautsyphil. Fehlende, Reyn 1130.
— — in der Krankenhauspraxis, Tuschinski u. Iwaschenzow 1484.
— — bei Spätlues, Müller 1384.
— — u. Therapie d. Spätlues, Krebs 1486, Müller 1080.
— — u. Behdlg. d. Syph., Jeanselme u. Vernes 1486.
— — bei plötzlicher Taubheit, d'Amato 1312, 1513.
— — bei mit Salv. behandelter Syph., Engman u. Buhmann 1131.
— — Einfluß der Salv.-Behdlg. auf die, Mueller 1562.
— — in einem Pleuraexsudat, Besançon u. Gastinel 1685.
— — an d. Leiche, Gruber 1345, 1685, Wolff 1685.
— — u. Syph. Reakt. v. Hermann und Perutz, Jensen u. Feilberg 1686.
— — u. Epiphaninreaktion, Keidel u. Hurwitz 1688.
— — u. Flemingsche (Hechtsche) Modifikation, Donald 1688.
— — u. lat. Syph. bei d. Zirrhose und chron. Nephritis, Letullé u. Bergeron 1692.
— — Salv. u. Neosalv. u., McDonagh 1712.
— — Erhaltung von Blutproben für die, Keidel 1370.
*Wassermannschen Reaktion. Üb. neuere Modifik. (Karvonen, Manoiloff) u. z. Technik der, Bernhardt 907.
— — in einer med. Abteilg. Nutzen der, Weil 1051.
— — f. d. forensische Diagnose d. Syph. Wert der, Thibierge u. Weissenbach 1052.
— — Serumdiagnostik d. Syph. mittels der, Sonntag 1055.
— — Biolog. Reaktivierung der, Milian u. Giraud 1055, Girauld u. Tissier 1486, Nicolas u. Charlet 1480.
Wassermannschen Reaktion. Wert der, Belezza 1056, Kaplan 1485.
— — Diagnost. Wert der, Hornstein 1056.
— — Wesen d., Bauer u. Hirsch 1056, Bergel 1684, Bittorf u. Schidorski 1685.
— — bei dem d. Leiche entnomm. Serum u. Liquor cerebrosp. Zuverlässigkeit der, Candler u. Mann 1057.
— — Schätzung d. Intensität der, Desneux 1057.
— — Auswertg. d. Stärke der, Desneux, Dujardin u. Renaux 1076.
— — Beziehung des natürl. Anti-Schaf-Ambozeptors zur, Peters 1078.
— — durch die Salvarsaninjektion. Kontrolle der, Duhot 1080.
— — Auswertungsmethode d. Liqu. cerebrospina vermittels der, Neue 1080.
— — Vergleich d. Behdlgsarten d. Syph. auf Grund der, Bayly 1176.
— — Verschärfung der, Blumenthal u. Herz 1444.
— — für d. Kontrolle d. Prostituierten u. für d. allgem. Prophylaxe d. Syph. Bedeutung der, Müller 1476.
— — Klin. Bedeutg. d., Krefting 1484.
— — Antigene zur, Munk 1686, Desmoulière 1599.
— — durch Komplementschwankungen. Beeinflussung der, Trinchese 1687.
— — für d. lokale Diagnose. Wertlosigkeit der, Bruck 1457.
— — Paradoxe Sera bei d., Meirowsky 1687, Sormani 1687.
— — — Reaktion bei der, Matsumoto u. Ando 1389.
— Serodiagnose. Beziehung zw. Salv.-Behdlg. u. der, Matsumoto 1389.
Wassermannscher Reaktion. Zweifelhafte Fälle v. posit., de Azúa 1052.
Weil-Kobragiftreaktion auf Syph. Vergleich d. Wassermann- u., Schwartz 1076.

E. Eingeweide.

Angina. Infektiosität d. spezif., Lichatschew 1507.
Azoospermie u. Syphilis, Scheuer 961.
Banti u. terminale sept. Infektion. Lues, Morbus, Lindt 1137.
Blase. Syphil. Hämaturie bei Syph. d. Prostata u., Le Fur 1334.
Bronchial- u. Lungensyphilis. Tracheo-, Denker 1107.
Bronchien. Syphilis d. Trachea und, Goetsch 1107.

Digitized by Google

Bronchitischen Dilatationen. Syphil. Ursprung der, Abécassis 1107.
Endourethrale Initialsklerose, Marsh 1680.
Glossitis m. Salv. bhdlt. Spätsyphil., Morris 1167.
Hämaturie bei Syph. d. Prostata u. Blase. Syphil., Le Fur 1334.
Harnblase u. ob. Harnwege. Syph. d., Michailoff 1073.
Harnröhrenöffnung u. Harnröhre nebst einem Fall v. gleichzeitg bestehendem Tripper. Syphilit. Schanker der, Girard 1012.
Ikterus. Hämolytischer syph. 1111.
— bei Syph. mit Salv. bhdlt. Retentions-, Legendre 1565.
Ileozökalgegend. Erworbene Syph. der, Goto 1110.
Inneren Organe. Syph. der, Benedikt 1107.
Kollum. Syph. Schanker am, Ozenne u. Duroeux 1100.
Leber. Gumma der, Craene 1112.
— wahrscheinl. m. Syph. kombiniert. „Röhrentuberkulose" d., Hall 1112.
— Gummata u. Deformität der, Jervis u. Dykes 1511.
Lebersyphilis, Schrager 1111, Katz 1565.
— Febrile, Urrutia 1111.
Luftwege. Syph. der oberen, Baumgarten 1507, Irsay 1694.
Lungenaffektionen. Syphilit., French 1509.
Lungensyphilis, Massia 1106.
— Tracheo-, Bronchial- u., Denker 1107.
— beim Erwachsenen, Tanaka 1509.
— Pyopneumothorax in der, Roubier u. Bouget 1509.
Magens. Syphilit. Tumoren des, Hausmann 1512.
Magensyphilis, Galliard 1110, Eguiguren u. Urrutia 1110, Hausmann 1512.
Mediastinitis u. Aneurysma d. Aorta. Syphilit., Sergent 1525.
Milch syphilit. Menschen. Verimpfung von, 1482.
Mundes b. Syphilit. Hygiene d., Baroncelli 1176.
— Syph. u. syphilisähnliche Erkrankgn. des, Zinsser 1264.
Mundhöhle. Syphilis der 1026.
— usw. Primäraffekte der, Hoffmann 1680.
Mundschleimhaut. Spät auftretende Plaques der, Mireur 1506.
Nase. Syph. Primäraffekt d., Gaucher, Giroux u. Ickball 1256.
Nasengeschwüren i. J. 1820. Behandlg. v. syphilitischen, Pagenstecher 886.
Nasenhöhle usw. Primäraffekte der, Hoffmann 1680.
Nebenhodens. Frühzeitg. syph. Erkrankungen des, Guszmann 1112.
Nephritis syphilitica mit Salvarsan geheilt, Criado 862.
— u. syphilit. Schanker, Audry 1069.
— praeroseolica 1069.
— Luetische, Damask 1692.
— Wasserm. Reakt. u. lat. Syph. bei Zirrhose u. chron., Letullé u. Bergeron 1692.
Niere. Syph. der Schrumpf-, Hirsch 1511.
— Syphilom der, de Craene 1511.
— Syphilit. gelappte, Fulci 1692.
Nierensyphilis, Pfeiffer 1110.
— Sekundäre, Mosny u. Moutier 1111.
Oberbauchgegend. Syph. Tumoren der, Hausmann 1512.
Oberlippe. Primäraffekt d., Hallopeau u. François-Dainville 1256.
Pancreatitis syph. mit Diabetes 1109.
Pleuraexsudate. Posit. Wassermann in einem, Besançon u. Gastinel 1685.
Prostata u. Blase. Syphil. Hämaturie bei Syph. der, Le Fur 1334.
Rachenhöhle usw. Primäraffekte der, Hoffmann 1680.
Sperma syphilit. Menschen. Verimpfg. von, 1482.
Thyreoidea. Syph. der, Poncet u. Leriche 1510.
Trachea und Bronchien. Syph. der, Goetsch 1107.
Trachealsyphilom. I. d. Oesophagus perforiertes, Basch 1697.
Tracheo-, Bronchial- u. Lungensyphilis, Denker 1107.
*Ulcus rotundum ventriculi bei einem Syphilitiker; tödlicher Ausgang nach der zweiten Salvarsaninjektion, Selenew 843, 984.
Urethra. Syph. der, Baye 1112.
— Schanker der, Robinson 1680.
Viszerale Syphilis u. ihre Heilg. dch. Salversan, Umber 1109.
Zirrhose u. chron. Nephritis. Wasserm. Reakt. u. lat. Syph. bei, Letullé u. Bergeron 1692.
Zunge. Gangrän der 1514.

F. Haut und deren Anhangsgebilde.

Alopezie (Pelade décalvante) im Verl. e. syphil. Infekt. m. Salv. geheilt. Total, Sampelayo 921, 1072.
Area Celsi u. Syph., Cappelli 1311.
Ehrmannsches Luesphänomen, Schmidt 1592.

Digitized by Google

Erythem. Tertiäres, Tschernogubow 1589.
Erythema multiforme syphilit., Nicolas, Moutot u. Charlet 1104.
— nodosum syphil., 1097.
Gumma. Tuberkulöses od. syphilitisches, Dubois-Havenith 1673.
Gummata, welche Sarkome vortäuschen, Chénelot 1105.
Gummöses Geschwür, Ulcus rodens vortäuschend, mit Salv. bhdlt., Parker 1359.
Hämorrhagischem Exanthem. Lues maligna mit, Seiffert 1048.
Haut bei syph. Infekt. Heilg. der, Vignolo-Lutati 1679.
— u. Schleimhäute. Syph. der, Havas 1104.
Hautallergie bei Syph., Noguchi 1047.
Hautsyphilide 50 Jahre n. Primäraffekt, Gaucher u. Giroux 1067.
— unter Salv. Histol. Rückbildg. d., Rohrbach 1141, 1506. Polemik dazu 1319.
Keratosis plant. unilat. syphil., Gaucher, Bricout u. Meaux Saint-Marc 1065.
— — syph., Henry 1105.
Kreisförmige Läsionen früher Syph. b. Neger, Fox 1095.
Leukoderma syphiliticum. Entstehg. des, Geber 1594.
Leukotrophie cutanée, Fischel 1588.
Lupoide Syphilide, Bernay 1104.
Pelade decalvante bei Syph. geheilt n. 2. Salv.-Inj., Sampelayo 1313.
Pemphigus syph. adultorum, Scheuer 1105.
Pigmentanomalien inf. Syph., Ema 1099.
Pigmentsyphilis, Asahi 1389.
Psoriasiformen Syphilide dch. method. Kratzen. Diagnose der, Lutembacher 1732.
Schankriforme, ulzeröse Syphilide und Salvarsan, Thibierge 1167.
Syphilid. Akutes nodöses, Hoffmann 1097.
— Papulo-pustulöses, Friedländer 1588.
Syphiliden usw. Morosche Tuberkulinsalbe bei, Jadassohn 1124.
Syphilisreste in Geweben, Ehrmann 1681.
Syphiloderma. Abgeschwächte Form d. tuberkulären, Chirivino 1104.
Tätowierung u. Syphilis, Aoki 886, 1099.
Tertiärer Hautsyphilis. Fehlende Wassermannsche Reakt. b., Reyn 1130.
Trichophytoider Syphilis, de Aja 887.
Verkalkungen d. Unterhautzellgewebes syph. Ursprungs, Stradiotti 1776.

G. Blut, Blut- und Lymphgefäße.

Aneurysma der Aorta. Syphilit. Mediastinitis u., Sergent 1525.
— spurium bei Aortitis syphilit., Steinmeier 1526.
Aneurysmen. Spezif. Bhdlg. der syphilit. Aortitiden und der, Vaquez und Laubry 1526 (bis).
*— dch. Syph. Entstehg. v. Herzklappenfehlern u. Aorten-, Goldberg 1539.
Aortenerkrankung. Luetische, Reinhold 1137.
Aorteninsuffizienz. Spezif. Bhdlg. der, Lenoir 1526.
Aortitiden u. d. Aneurysmen. Spezif. Bhdlg. d. syphilit., Vaquez u. Laubry 1526 (bis).
Aortitis syphilitica. Arseno-Resistenz, Criado 887.
— — Aneurysma spurium bei, Steinmeier 1526.
— m. Klappendefekt. Syphilit., Morison 1137.
— u. Syph., Cummer u. Dexter 1697.
Blut u. anderen Körperflüssigkeiten syphil. Menschen i. d. Hoden v. Kaninchen. Verimpfgn. von, Uhlenhuth u. Mulzer 1482.
— Blutserum u. Sperma syph. Menschen in die Hoden v. Kaninchen. Gelungene Verimpfg. von, Uhlenhuth u. Mulzer 1482.
Blutes Syphilitischer. Infektiosität des, Frühwald 1453.
Blutserum syphilit. Menschen. Verimpfg. von, 1482.
Blutserums Syphilit. Cholesteringehalt d., Gaucher u. Desmoulière 1259, 1454.
Drüsenschwellung in d. Sekundärperiode d. Syph. Paramammale, Balzer u. Belloir 1067.
Endarteriitis syphilit. d. Art. lingualis, Liebl 1514.
Endarteriitischen Gehirnläsionen. Latente Lues mit gumm. bzw., Gargiulo 1170.
Gefäßerkrankungen. Syph. bei Herz- u., Ledermann 1697.
Hämophilie b. e. Syphil., Achard und Saint Girons 1513.
Hautgefäße. Syphil. Veränderungen der, Ehrmann 1093.
Herzen b. Syph. Studien am, Brooks 1136.
Herzens. Syph. des, Orkin 1697.
Herzerkrankungen. Syph. bei Gefäß- u., Ledermann 1697.
*Herzklappenfehlern u. Aortenaneurys-

Digitized by Google

men dch. Syph. Entstehung von, Goldberg 1539.
Herzsyphilis, Guyonnaud 1136.
Lymphdrüsen. Gummata d. oberflächl., Wile 1160.
Lymphdrüsengumma. Submaxillares —, Covisa 863.
Lymphdrüsensyphilis. Tertiäre —, de Aja 863.
Lymphstränge. Blennorrh. u. syphilit. Entzdg. d., Picard 1273.
Moykarditis. Diffuse gummöse, Berblinger 1137.
Phlebitis. Luetische, Török 1169.
— syph. praecox 1169.
Raynaudsche Krankheit u. Syphilis, Lenégre 1105.
Sera. Syphilit., Russ 1486.
Seren. Hämolysehemmende Eigenschaften bei luetischen, Popoff 1687.
Serum b. Lues. Lipoide im, Klausner 1487.
Venenentzündungen. Syphilit., Török 1415.
Venensyphilis, Gaillard 1169.

H. Knochen, Gelenke, Sehnen.

Arthritis syph. cubiti, Bonnet 1106.
— Luetische 1825.
Gelenkerkrankungen bei erworbener Syph., Bering 1105.
Gelenkleiden. Luetische, Weisz 1693.
Gumma u. Osteosarkom. Röntgenstrahlen b. d. Differentialdiagnose zw., Shoop 1258.
Knochen. Sekundiäre Syph. am Periost u., Clogne 1106.
— Salv. bei Syph. der, Rosenblatt 1693.
Knochensyphilis: Tuberkulose vortäusch., Ely 1510.
— Prähistorische, Gangolphe 1679.
Malum Potti syphil. Ursprungs, Auvray 1510.
Nekrose d. Halswirbel. Syphil., Callaghan 1107.
Osteo-Arthritis d. Ellenbogens syph. Ursprungs, Covisa 1314.
Osteoperiostitis des Kalkaneus bei einem Kranken mit Blennorrhöe und Syphilis, del Mazo 862.
— gummosa. Perforation des Schädels infolge Knochenresorption nach, de Azúa 863, 1106.
Periost u. Knochen. Sekundäre Syphilis am, Clogne 1106.
Polyarthritis syph. acuta, Guszmann 1694.
Schädelgummata, Callewaert 1106.
Schädelknochen. Syph. der platten, Wertheim 1692.
Spina ventosa syphil., Lombès 1106.
Synovitis papillaris. Luetische, Finzi 1696.

J. Nervensystem.

Cerebri und Salvarsan. Tabes, Lues, Schwarz 1174.
Chorea luetica, Flatau 1699.
Epilepsie i. d. Sekundärperiode d. Syph., Rubino 1174, 1532.
Fazialislähmung. Syphil., Files 1533.
Gedächtnis b. Gehirnsyphilis. Mangelhaftes, Burr 1172.
Gehirnläsionen. Latente Lues m. gummöser bzw. endarteriit., Gargiulo 1170.
Gehirnsyphilis. Mangelhaftes Gedächtnis bei, Burr 1172.
Geisteszustand bei Syphilis d. Zentralnervensystems, Lépine 1172.
Hemiparese, d. m. Salv. behandelt wurde. Herxheimersche Reaktion d. Rückenmarks b. einem Sekundärsyphilitischen mit, de Azúa 887.
Hirnnervenstörungen im Frühstadium der Syph., Zaloziecki u. Frühwald 1565.
Hirnschwellung b. Syph. Letale, Pötzl u. Schüler 1172.
Hirnschwellungserscheinungen währ. der Syphilisbehandlung, Pinkus 1308.
Hirnsyphilis, Queirolo 1530.
— Tod n. Salvarsanbehandlung infolge, Soprana 1530.
Hypophysisgumma. Akromegal. Symptome hervorrufendes, Uthy 1700.
Liquor cerebrospinalis b. Luetikern, Bergl u. Klausner 1488.
— — u. Salvarsan, Zaloziecki 1699.
— — Wasserm. Reakt. im 1057.
— — durch die Wasserm. Reakt. Auswertung des, Neue 1080.
Lues u. Metalues d. zentr. Nervensystems, Donath 1170.
Lumbalpunktion bei Syphilis, Marcus 1594.
Medullaris unter d. Bilde d. multiplen Sklerose. Syph., Claude 1173.
Medullarsyphilis, Covisa 1532.
Meningitiden. Klinik u. Therapie der syph., Miriel 1173.
Meningitis. Diagnose der zerebrospinalen, Foix u. Bloch 1530.
— Sekund. syphil., Ellis 1699.
— spinalis luetica. Bezděk 1699.
Meningitis syphil. acuta, Desnos 1173.
Meningoencephalitis. Experim. erzeugte luetische, Vanzetti 1483.

Digitized by Google

Meningo-enzephalitische Erscheinungen d. Syphilis b. Tabischen, Claude 1174.
Meningomyelitis syphil., Weill 1173.
— marginalis. Progressive Paralyse u., Meyer 1702.
Meningo-Myelo-Radiculitis syphilitica, Claude 1531.
Meningo-Vaskularitis. Syphil. 1194.
Metalues d. zentral. Nervensystems. Lues und, Donath 1170.
Metaluetische Erkrankungen d. Zentralnervensystems. Einwirkg. fieberhafter Prozesse auf, Friedländer 1700.
Metasyphilis. Ätiologie der, Villinger 1050.
Metasyphilitische Erkrankungen. Enesolbehdlg. b., Vorbrodt u. Kufka 1138.
— — Path. Anatomie d. periph. Nerven bei, Steiner 1532.
Metasyphilitischer Erkrankungen d. Zentralnervensystems. Salv.-Behandlg., Simchowicz 1194.
Nervenkranker. Serolog. Untersuchgn. v. Familien syphilogen., Hauptmann 1172.
Nervensyphilis im Frühstadium, Graham Harkness 1171.
— Schuster 1529.
Nervensystems. Syph. des, McKisack 1697.
— Lues u. Metalues d. zentral., Donath 1170.
— Paralyse, Tabes u. Syph. d., Fisher 1174.
— Differentialdiagnose der Syphil. und Parasyph. des, Mott 1049.
— Wert der 4 Reakt. für Diagnose und Therapie d. Syph. des, Ball 1698.
— Bedeutg. d. modernen Syph.-Therapie f. Behdlg. v. Erkrankgn. d., Nonne 1527.
— usw. Behdlg. d. Syph. d., Warrington 1529.
— Salv. b. Syph. d., Sachs u. Strauss 1168, Cöllins u. Armour 1698, y Bofill 1315.
Nervöse Syph. bei d. Eingeborenen Nordafrikas, Salzes 1171.
— Spätreaktionen nach Salvarsan bei Syph., Ravaut 1194, Dreyfus 1566.
Neuralgie spezif. Herkunft. Komplizierte, Déjerine 1171.
Neurasthenia syphil., Platon 1171.
Neurorezidive s. Neurorezidive u. Salvarsan IV.
Neurosyphil. u. Salvarsan, de Azúa 1314.
— od. Salv. bedingt? Ist die Neurotropie in d. Sekundärperiode dch., Renault 1195.
Paralyse. Manisch-depress. Irresein, dann Syph., schließl. allgem., Lorenz 1174.
Paralyse. Tabes u. Syphil. d. Nervensystems, Fisher 1174.
— Beginn der progress., Déjerine 1534.
— und Meningo-Myelitis margin. Progressive, Meyer 1702.
— Juvenile, Klineberger 1701.
— Wasserm.-Reaktion bei progressiver, Candler 1053.
— Subkut. Salv.-Injekt. bei progressiver, Trowbridge 1194.
— Salvarsan und, Meyer 1702.
Paralytica. Dementia 1194.
Paralytiker. Wassermannreaktion mit der Zerebrospinalflüssigkeit u. dem Blute der, Morselli 1053.
Paraplegie u. Verblödg. b. einem niederen Affen. Syphil., Milian u. Girauld 1067.
Parasyphilis. Neue Auffassung der, Danlos 1049.
— des Nervensystems. Differentialdiagn. der Syph. und, Mott 1049.
— 1678.
Parasyphilitischen Erkrankgn. usw. Behandlung der, Warrington 1529.
Polioenzephalitis syph. durch Salv. geheilt, Baudouin 1531.
Polyneuritis luetica, Plehn 1171, Hoffmann 1533.
Rückenmarks bei einem Sekundärsyphilit. m. Hemiparese, d. m. Salv. behandelt wurde. Herxheimersche Reaktion des, de Azúa 887.
Schwachsinns. Rolle d. Syph. bei Entstehung d. frühzeit., Klutschew 1534.
Spinalflüssigkeit syphil. Menschen. Verimpfung von, 1482.
— Bedeutg. d. Untersuchg. der, Eichelberg 1488.
— b. Behdlg. chron. Syphilide d. Zentralnervensystems, Browning u. Lintz 1528 (bis).
Spinalis, durch Salv. gebessert. Lues, Kempner 1193.
Tabes dorsalis 1194.
— — u. Gravidität, Heckwolff 1700.
— u. Syph. d. Nervensystems. Paralyse, Fisher 1174.
— Lues cerebri u. Salvarsan, Schwarz 1174.
— bei 2 Brüdern, Marie u. Crouzon 1533.
— Hautjucken bei, Savin 922.
— Gastrische Krisen b., Cade u. Leriche 1533.
— Chirurg. Behdlg. d. gastrischen Krisen der, Maire u. Parturier 1534.
— Juvenile, Jerzycki 1701.
— mit tox. Komplikat., Williams 1534.

Digitized by Google

Tabes. Jod- u. Arsentherapie bei, Schmelz 1175.
— m. Salv. u. d. Denslowschen Methode behandelt, Villanova 1072.
— Wirkg. d. Salvarsans a. d. Schmerzen bei, Leredde 1257.
— dorsalis u. Salvarsan, Leredde 1700.
Tabetiker. Ostitis d. Unterkiefers b. ein., Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 1256.
Tabica. Kryaesthesia, Milian 1534.
Tabiker. Hämatemesis der, Brelet 1534.
— Veränderungen der Hände bei einem, Nicolas u. Moutot 1534.
Tabische Jungfrauen, Mendel u. Tobias 1174.
Tabischen. Meningo-enzephalitische Erscheinung. d. Syph. b., Claude 1174.
Tremor syphilit. Ursprungs, Covisa 1313.
Zentralnervensystems. Geisteszustand bei Syph. d., Lépine 1172.
— Salv.-Behdlg. metasyph. Erkrankgn. d., Simchowicz 1194.
— Spinalflüssigkeit bei Behdlg. chron. Syphilide des, Browning u. Lintz 1528 (bis).
— Direkte Behdlg. syph. Krankheiten d., Swift u. Ellis 1529.
— Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluet. Erkrankungen des, Friedländer 1700.
Zerebrale Störungen u. Herxheimersche Reaktion, Milian 1064.
Zerebraler Syphil. Todesfall nach Salv. inf. v. rezid., Soprana 1720.
Zerebrospinalflüssigkeit bei Syph. Zytologie der, Sorrentino 1053.
— Einwirkg. d. spezif. Behdlg. auf die, Lorenz 1699.
— Wasserm.-Reakt. in der 1053.

K. Sinnesorgane.

Auge n. Salv.-Behdlg. Syphilit. Rezidive am, Fehr 1566.
Auges. Exper. Untersuchgn. z. Syphilis des, Igersheimer 1690.
Augenkrankheiten. Bedeutg. der Syph. für die, Hölscher 1512.
Augenlids. Primäre Syph. des, Briganti 888.
— Gummöse Geschwüre der Konjunktiva des, Oretschkin 1513.
Augensyphilis, Fejér 1135.
— m. Salv. Behdlg. der, Schweinitz 1567.
Konjunktiva. Primäraffekt a. d., Jacqueau 1488.
Labyrinthitis. Spezif., Dubois-Havenith 1135.
Pseudo-Hypopyon. Syphil., Rollet 1513.
Pupillenstörungen nach Syph., Dreyfus 1691.
Taubheit. Syph. und, Love 1513.
— Wasserm.-Reakt. bei plötzl., d'Amato 1312, 1513.

L. Therapie.

Abortivbehandlung der Syphilis, Covisa u. Nonell 862, 1563, Hallopeau 1096, Dajon 1505.
— — — mit Salvars., Krefting 1254, *Holzhäuser 1328.
— — — — — — u. Quecksilber, Oppenheim 1536.
— der primären Lues (Sklerosen), Voss 1193, Odstrčil 1705.
— s. auch Kupierung.
Antisyphilitika. Wirkg. unserer, Finger 1094.
Arsen u. Quecksilber in d. Behandlung d. Syphilis. Kombination von 1139.
Arsenikbehdlg. a. d. Serodiagnostik der Syph. Einfluß d. Quecksilber- und, Sadoun 1080.
Arsentherapie b. Tabes. Jod- u., Schmelz 1175.
Aspirochyl in d. Syphilistherapie, Ferriani 1193.
Asurol. Syphilistherapie mit, Lion 1128.
Atoxyl. Sehnervenatrophie b. Behdlg. d. Syphilis mit, Kalaschnikow 1200.
Autotherapie 1528.
Behandlungsarten d. Syphilis auf Grund d. Wasserm. Reakt. Vergleich der, Bayly 1176.
Behandlung der Syphilis, 1067, Gaucher 1535, 1705, d'Arcy Power 1702, 1703, Swift u. Ellis 1702, Lenzmann 1176, Mc Namara 1706, Bain 1707, Mc Donagh 1443, Sakurane 1258.
— — — bei Graviden 1047.
— — — Moderne, Schamberg 1177, Bruhns 1536.
— — — Rationelle, Barduzzi 1191, 1310.
— — — Wasserm. Reakt. u. die, Jeanselme u. Vernes 1486.
— — — Fortschritte in Erkennung, Verhütung u., French 1045.
— Syphilisverlauf u., Orlowski 1046.
— schwerer Formen der Lues, Irtel 1048.
— Syphilit. Direktiven zur, Queyrat 1193.
— Hirnschwellungserscheinungen währ. d. Syph. —, Pinkus 1308.
— a. d. Zerebrospinalflüssigkeit. Einwirkung spezif., Lorenz 1699.
Corrosol fortius in d. Syphilisbehandlg. Anwendung d. Salv. u. d., Wohl 1165.

Digitized by Google

Denslowschen Methode behdlt. Tabes m., Salvarsan u. der, Villanova 1072.
Denslowschen Methode behdlt. Tabes, m. Salvarsan u. der, Villanova 1072.
Embarin, Löb 1707.
Enesolbehandlung bei metasyphilit. Erkrankungen, Vorbrodt u. Kufka 1138.
Enesolinjektionen. Behdlg. der Syph. mit intravenösen, Agamennone 1387.
Frühbehandlung d. Syphilis, Thalmann 1159.
Hektargyre. Behdlg. d. Syph. m. Hektine u., Dive 1177.
Hektine u. Hektargyre. Behdlg. der Syph. m., Dive 1177.
Hg-Glidine bei Syph., Lewitt 1139, 558, *Bäumer 1576.
— -Präparaten. Endovenöse Therapie d. Lues mit, Meyer 885.
Jod- u. Arsentherapie b. Tabes, Schmelz 1175.
Jodkaliums. Indikationen u. Gegenindikat. des, Gaucher 1558.
Jodverteilung im syphilit. Gewebe, Loeb 1705.
Joha. Klin. Erfahrungen mit, Schmitt 1165, Schindler 1721.
— Unangenehme Begleiterscheinungen n., Steiger 1721.
— Technik u. Wirkung d. Injek. von, Schindler 1721.
Kalomel. Innerliche Behdlg. d. Syphilis mit, Pautrier 1706.
Kolloiden Metalle a. Syph. Wirkung d. elektr., Funel 1138.
Kombinationstherapie d. Syphilis 1723.
Kontraluesin 1218.
Kupierung initialer Syphilis mit Salv., Fabry u. Jerzycki 1708.
Kusatsu. Luetikerbad, Papellier 1702.
Laboratorienuntersuchungen u. Therapie der Syphilis, Guszmann 1682.
Merjodin bei Syphilis, Erdös 1558.
Natrium cacodyl. bei Syphilis, Spivak 1137.
Neosalsalvarsan bei Syphilis, Queyrat 1722, Wolff u. Mulzer 1726, Fabry 1727, Marschalko 1727, Stroscher 1728, Brocq, Fernet u. Françon 1257.
— Salv. u. Wasserm.-Reakt., Mc Donagh 1712.
— s. auch Neosalvarsan.
Neosalvarsaninfusionen u. Kombinationstherapie d. Syph. Reaktionslose, Touton 1723.
Quecksilber bei Syph., Reynolds 1706.
— Verabreichung von, Freshwater 1705.
*—bzw. Kontraluesin u. Behdlg. d. Syph. mittels d. neuen Präparates. Über molekular zerstäubtes, Richter 1218.
Quecksilberind. Behdlg. d. Syph. Kombination v. Arsen u. 1139.
— Behdlg. d. Syph. mit Salv. und, Oppenheim 1536, Post 1706, Fox 1708, Leredde 1139.
Quecksilbers b. d. Syphilisbehdlg. Resorption und Ausscheidung des, Wallfisch 1557.
Quecksilberbehandlung. Wiederauftreten syphilit. Erscheinungen nach komb. Salvarsan-, Neuwelt 1564.
— a. d. Serodiagnostik d. Syph. Einfluß der Arsenik- und, Sadoun 1080.
Quecksilbereinreibungen in der Syphilisbehandlung. Heilwirkung d., Watraszewski 1256.
Quecksilberinjektionen. Reaktion der Syphilit. auf Salv.- und, Hommura 1099.
Quecksilber-Salizylat-Injektionen b. Syphilis, Wollheim 1707.
Salvarsan bei Syphilis. Malinowski 1010, De Favento 1330, Foerster 1164, Kennard u. Gordon 1164, Winfield 1165, Abulow 1309, Renault 1560, Bruhns 1711, Fordyce 1715, Simonelli 1192, 1312, Pokrowski 1561, Swerew u. Reilian 1561, Castorina 1562, Fielitz 1094, Shaw 1164, Sakurane, Okugawa und Kuboyama 1259, Zeissl 1561, Haccius 1714, Sierre 862, Matsumoto 1258, Nichols 1139, Berger 1139.
— Weitere Arbeiten über Salv., Therapie anderer Krankheiten als Syph., Dosierung u. Technik, Folge- und Nebenerscheinungen s. Salvarsan I—IV.
— in der Syphilisbehdlg. Anwendungsmethode u. Therapie. Wert des, Verzár 1200.
— bei syph. Affektionen. Gefahren d., Gaucher 1197.
— a. d. Verlauf der Syphilis. Einfluß von, Iwano und Welikanow 1568.
— auf Treponemen u. syphil. Ausschläge. Wirkg. des, Levaditi u. Twort 1165.
— Histol. Rückbildg. d. Hautsyphilide unter, Rohrbach 1141, 1506, Polemik dazu 1319.
Salvarsanheilung d. Syph. Histol. z., Lewandowsky 1127.
Salvarsanbehandlung. Syphilisexantheme nach, Oppenheim 1562.
Salvarsan bei einem Syphilotuberkulösen. Jacquet 1168.
— wd. der Schwangerschaft, Levis 1709.
Salvarsanbehandlung. Blutuntersuchungen

Digitized by Google

b. Syphilitikern nach —, Lévy-Bing, Duroeux u. Dogny 864.
Salvarsan behdlt. Syph. Organstoffwechsel bei mit, Cappelli 1310.
— Reinfektion nach, Covisa u. Nonell 862, 1563, Belin, Milian u. Amodrut 1167, Fournier 1335, Mrongowius 1563, Queyrat 1167, Jullien 1564, Wüstenberg 1680.
— Wassermann-Reaktion und, Engman u. Buhmann 1131, Bosellini 1080, Shiga 1688, Matsumoto 1389, Mueller 1562.
— und Neosalv. u. Wasserm.-Reakt., Mc Donagh 1712.
Salvarsaninjektion. Kontrolle d. Wasserm.-Reakt. dch. die, Duhot 1080.
— Abortivbehandlung d. Syphilis mit, Krefting 1254, *Holzhäuser 1328.
— Kupierung initialer Syph. m., Fabry u. Jerzycki 1708.
— u. Corrosol fortius i. d. Syph.-Bhdlg., Anwendung des, Wohl 1165.
— Quecksilber u., Post 1706, Fox 1708, Leredde 1139, Oppenheim 1536.
Salvarsanbehandlung. Wiederauftreten syphil. Erscheinungen nach komb. Quecksilber-, Neuwelt 1564.
Salvarsaninjektionen. Reaktion der Syphilit. auf Quecksilber- u., Hommura 1099.
Salvarsan geg. Initialsklerose, Koho 1259.
— geheilt. Schwere Sekundärsyph. dch., Criado 1314.
— behandelt usw. Sekundärsyphilis mit, de Azúa 1196.
— Syph., Diabetes und, Longley 1564.
— bhdlt. Spätsyphilit. Glossitis m., Morris 1167.
— bhdlt. Retentionsikterus bei Syphilis mit, Legendre 1565.
— geheilte Nephritis syphilitica. Mit —, Criado 862.
— Syph. Nichtsyphil. Nierenerkrankung. Behandlung mit, Covisa 887.
— behdlt. Pharynxtuberkulose, mit Lues (?) kompliziert und mit, Fleischmann 1167.
— Viszerale Syph. u. ihre Heilg. dch., Umber 1109.
— behandelt. Gummöses Geschwür, ein Ulcus rodens vortäuschend, mit, Parker 1359.
Salvarsaninjektionen. Pelade decalvante b. Syph., geheilt nach zwei, Sampelayo 921, 1072, 1313.
Salvarsanbehandlung. Roseola, neun Monate nach, Milian 1067.
Salvarsan bei papulöser Syph., Galimberti 1192, 1312.
— Schankriforme, ulzeröse Syphilide und, Thibierge 1167.
Salvarsan bei Syph. d. Knochen. Rosenblatt 1693.
— b. Syph. d. Nervensystems, Sachs u. Strauß 1168, Collins u. Armour 1698.
— geheilt. Frühzeitige Syph. des Nervensystems durch, y Bofill 1315.
— bei Syphil. Nervöse Spätreaktionen nach, Ravaut 1194, Dreyfus 1566.
— behdlt. wurde. Herxheimersche Reaktion des Rückenmarks bei einem Sekundärsyphilitischen, d. m., de Azúa 887.
— und Liquor cerebrospin., Zalociecki 1699.
Salvarsanbehandlung, metasyphilit. Erkrankungen d. Zentralnervensystems, Simchowicz 1194.
— Über das Neurorezidiv der Syphilis nach —, Kuboyama 864.
Salvarsan behandelt. Sekundärsyphilis mit —. Neurorezidiv nach 2 Monaten vom Typus der Basilarmeningitis, de Azúa 862.
— geheilt. Polioenzephalitis syph. durch, Baudouin 1531.
— und Paralyse, Meyer 1702, Trowbridge 1194.
— gebessert. Lues spinalis durch, Kempner 1195.
— a. d. Schmerzen b. Tabes. Wirkung d., Leredde 1257.
— u. Tabes dorsalis, Leredde 1700.
— Tabes, Lues cerebri u., Schwarz 1174.
— u. d. Denslowschen Methode behdlt. Tabes mit, Villanova 1072.
— Bhdlg. d. Augensyphilis mit, Schweinitz 1567.
Salvarsaninjektion bei Lues. Stauungspapille nach, Vollert 1691.
Salvarsanbehandlung. Syphil. Rezidive am Auge nach, Fehr 1566.
— d. Syph. Otriatische Indik. u. Kontraindik. f. die, Beck 1716.
Therapie der Syph. 1678, Loew 1537, Basch 1703, Preis 1703.
— d. Syph. Fortschritte b. d. Diagnose u., Sequeira 1177.
— Regeln der Syphilis-, Leredde 1177.
— d. Spätlues. Wassermann u., Krebs 1468.
— a. d. Wasserm. Reakt. bei Spätsyph. Einfluß d., Müller 1080.
— b. d. Bhdlg. v. Erkrankgn. d. Nervensystems. Bedeutg. d. modernen Syph.-, Nonne 1527.

II. Erbsyphilis.

Augenmuskellähmungen a. gleicher Basis. Ophthalmoplegia totalis unilater. bei hered. Syph. und, Mattissohn 1188.

Digitized by Google

Behandlung der kongenit. Lues b. d. Eltern, Kohlschütter 1101.
Erbsyphilis, Gaucher, Gougerot und Meaux Saint-Marc 1066.
— Nicht vermutete, Baux u. Berthoumieu 1103.
— i. d. 2. Generation. Gefahren der, Fournier 1456.
Gelenkentzündungen. Kongenit. syph. Knochen- u., Loehe 1128.
Glossitis. Heredosyphil., Comby und Schreiber 1103.
Hautgummen u. osteoperiostitische Gummen d. link. Tibia usw. Rezidivierende, de Aja 887.
Hereditäre Syphilis in d. 2. Generation, Sonnenberg 1009.
Herzmuskel usw. Lokalisation d. Spirochaeta pallida im, Warthin u. Snyder 1050.
Ikterus b. hered. Syph., Rosenberg 1103.
Keratitis. Hutchinsonsche, Sorrentino 1513.
Knochen- u. Gelenksentzündgn. Kongenit. syph., Loehe 1128.
Leberzirrhose b. Erwachsenen auf Grund kongenit. Lues, Günther 1112.
Malum Potti, wahrsch. hered.-syph. Ursprungs, Pied 1070.
Mitralstenose u. Erbsyphilis, Chauffard 1455.
Myokards m. lokal. Kolonien d. Spiroch. pall. Degeneration des, Warthin 1136.
Nabelschnurentzündung u. Syph., Simmonds 1510.
Nabelstrangs b. Syph. Alterationen d., Dominici 1169.
Narben bei Lues hered., Goldreich 1454.
Nephritis b. hered. Syph. Hämorrhagische, Hahn 1110.
Ophtalmoplegia totalis unilateralis bei hered. Syph. u. Augenmuskellähmgn. a. gleicher Basis, Mattissohn 1188.
Osteo-periostitische Gummen der link. Tibia usw. Rezidivierende Hautgummen und, de Aja 887.
Parasyphilis des Kindesalters, Königstein 1049.
Paterne Übertragg. d. Syph., Schindler 1157.
*Plazenta. Pathogenese d. Syph. d., Engman 1347, 1697.
Pseudoparalysis syphil., Plaughu 1174.
Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis. Beziehungen der —, Vignolo-Lutati 859, 860.
Salvarsan bei Heredo-Syph., Scoffier 1168.
Salvarsan, d. Syph. d. Säuglings beeinflussen? Kann das einer stillenden Mutter injizierte, Jeanselme 1562.
— bhdlt. Taubheit auf kong. syph. Basis mit, Biggs 1567.
— Bhdlg. d. Lues im Kindesalter mit, Kovács 1711.
— bei Säuglingen u. kleinen Kindern, La Fétra 1712.
Salvarsanbehandlung. Üb. sekund. u. tertiäre Erblues d. Kinder und, Marcone 1689.
Schwangerschaft Syphilit. Alternieren bei der, Poujol 1455.
Serodiagnose bei infantiler Heredosyphilitis, Leroux u. Labbé 1102.
Sklerosierung d. Corpus cavernosum. Knötchenförmige, Pied 1070.
Spinae ventosae syphilitischen Ursprungs. Multiple-Heredosyphilis, de Aja 887, 1455.
Spirochaeta pallida im Herzmuskel usw. Lokalisation der, Warthin u. Snyder 1050.
— — Degeneration d. Myokards m. lokal. Kolonien der, Warthin 1136.
Sublimat bei Ernährgsstörgn. d. Säuglings. Bhdlg. der Mutter mit, Haas 1706.
Symptom d. hered. Lues bei Neugeborenen. Selten vorkom., Kudisch 1161.
Syphilis. Hereditäre, Gaucher, Meaux Saint-Marc u. Bourdeau 1257.
— Kongenitale, Hoag 888, Bering 1075.
— hereditaria tarda 887, Bering 1476.
— — — Polymorphie bei, Pied 1446.
— — cerebrospinalis, Barbier u. Gassier 1103.
— bei Kindern in Dresden. Bekämpfg. d. 1175.
— d. 2. Generation, de Aja 1314.
— im Kindesalter, Hainiss 1690.
— u. Schwangerschaft usw., Mangiagalli 1047.
Thymushypertrophie b. heredit.-syphil. Kindern. Todesfälle dch., Vacher 1103.
Vererbungsproblem bei der Syph., Mulzer 1129.
Wassermannsche Reaktion im Nabelstrangblut usw., Serra u. Gentili 1052.
— — bei Kinderkrankheiten, Franconi 1684.
— — u. Erbsyphilis, Menabuoni 1689.
Wassermannschen Reaktion für d. Lehre v. d. Vererbg. der Lues. Bedeutg. d., Stein 1051.
Zähne bei Erbsyphilis. Mißbildgn. der, Gaucher 1408.
Zahnveränderungen bei kongenit. Syph., Zinsser 1161.

Digitized by Google

Syrgol in d. Blennorrhöebehdlg., Mettler 1044.
Syringocystadenoma. Üb. die Beziehungen zwischen Acanthoma adenoides cysticum und, Sutton u. Demice 870.
Syringoma, McDonagh 1253.
Syringomyelie. Blasenbildg. bei, Fischer 1095.

Tabes s. Syphilis I. J.
Tätowierung s. Syphilis I. F.
Tätowierungen bei Soldaten, Goronzek 1775.
Talalgie m. Radiotherapie behdlt. Blennorrh., Ratera 1025.
*Talgdrüse enthaltende Haare d. Kinnes. In ihrem Inneren eine, Giovannini *1235, 1387.
Talgdrüsen. Nävi und Tumoren der, Martinotti 1035.
Taubheit. Salvarsan u., Maljutin 1567.
Teerbehandlung der Hautkrankheiten, Nobel 1289.
Telangiektasien 1280.
Temperaturen in d. Therapie. Verwendg. bestimmter, Fulton 1277.
Testikel. Chorionepitheliom d., Conforti 959.
Testikeln an derselben Seite. Vorhandensein von, Marsh 958.
Testikels. Achsendrehung des, Murray 1798.
— Hygrom des, Herpster 1258.
— usw. Maligne Erkrankg. des, Morris 959.
— Resektion des, Barnabo 1799.
— Suspension des 1801.
Tetrodotoxin a. d. Urogenitalapparat. Einfluß von, Inouye u. Kinoshita 1099.
Theocin. natr. acet. 1073.
Therapeutische Notizen a. d. Kliniken v. Berlin, Rosenkranz 1034.
Thermo-Radiotherapie, Bainbridge 1619.
Thiolan, Vörner 1635.
Thiosinamin b. entzündl. Prostatainduration, Ullmann 965.
Thorium X. Versuche mit, Schwarz u. Zehner 1618.
Thoriumdermatitis. Chronische, Friedländer 1095.
Thrombo-Angiitis obliterans usw., Coffen u. Heyd 897.
Thrombose. Behdlg. der Varizen durch, Tavel 1769.
Thyreoidin. Sklerodermie, Heilung durch, Nicolas u. Moutot 1071.
Thysanothrix 1269.
Tinea albigena 1736.
— imbricata 1736.
Tinea microsporia dch. Mikrosporon equinum, Pasini 1191.
— tonsurans. Brauchbare Formel z. Behandl. v. ausgebreiteter, Williams 983.
Toxidermie. Papillomatöse 1342.
Toxikodermien der Schwangeren usw. Ringersche Lösg. b., Rissmann 1616.
Toxische Entzündung? Angioneurotische oder, Kreibich 1592.
Trachom. Finsentherapie bei, Grönholm 1038.
— Prowazeksche Körperchen bei, Addario 1821.
— u. Konjunktivitiden. Zelleinschlüsse bei, Böing 1821.
Trachomvirus. Widerstandsfähigkeit des, Botteri 1038.
Transplantation v. Fingernägeln. Partielle traumat., Pribram 1190.
Transplantationsimmunität, Schöne 1272.
Trichloressigsäure geg. Pigmentanomalien d. Haut, Watanabe u. Fujitani 1099.
— bei seborrh. Keratosis, Montgomery u. Culver 1504.
Trichoclasia idiopathica, Sabouraud 921.
Trichophagen 1762.
Trichophytie in Mailand u. Como, Pasini u. Botelli 1737.
— Spezif. Reaktion bei, Mailer 1738.
— des Kopfes u. d. Nägel, Schramek 1157.
— Nagel-, Truffi 1191, 1311.
Trichophytien u. verwandte Pilzerkrankungen der Haut, Bloch 1450.
Trichophytieinfektionen. Immunität nach, Prytek 1130.
Trichophyton-Granulom, Sequeira 982.
Trichorrhexis nodosa, Hübner u. Walter 1453.
Tripper. Syphilit. Schanker d. Harnröhrenöffnung u. Harnröhre nebst ein. Fall mit gleichzeitig bestehendem, Girard 1012.
— des Mundes. Fall v., Malhorbe 1020.
Trippers mit heißer Luft. Behandlung der Gelenkkomplikationen des, Rombach 1024.
— Richtige Behdlg. des, Jackson 1039. mittels Autotherapie. Behandlung d., Duncan 1039.
— b. Manne m. Arg. proteinicum. Behandl. des Harnröhren-, Oppenheim 1042.
Tripperfälle mit Antigonokokkenvakzine behandelt, de Azúa 861.
Tripperrheumatismus. Moderne Behdlgs.-methoden d., Chauvet 1024.
— Neue Behdlgsmethoden des, Bénasson 1024.
— Kollargolbehdlg. d., Gennerich 1043.

Digitized by Google

*Trivalin. Overlachsches, Berneker 1381.
Trophische Geschwüre d. Haut n. Durchschneidung d. N. femoro-cut., Hustin 1364.
Trophoneurotische Ablösung der Nägel mit nachfolg. Alopecia areata, Weber 920.
Trypanosomen durch das Anheftungsproblem. Diagnose d., Levaditi und Muttermilch 1227.
Trypanosomiasis b. Menschen, Camac 923.
Tuberculosa. Cystitis prolif., Laverrière 955.
Tuberkelbazillen im Urin. Vergleich. Wert d. gebräuchl. Methoden d. Auffindg. u. Färbung von, Sémionov 993.
— -Erkrankungen. Orthostat. Albuminurie u. Urininkontinenz im Kindesalter aufgefaßt als, Tánago u. Pedraja 996, 1808.
Tuberkelbazillus im Blute des Tuberkulösen, Kurashige 1605.
— Differenzierung des Typus humanus u. T. bovinus des, Tomarkin und Teschic 1669.
Tuberkulid (?) vom sog. Darier-Roussyschen Sarkoidtypus, Adamson 1252.
— Papulonekrotisches 1413.
— Eigenartiger Fall von 1413.
Tuberkulide? 1252, Dore 1252.
— Experimentelle 1677.
— Nekrotische, Bunch 1503.
— s. auch Hauttuberkulide.
Tuberkuliden usw. Morosche Tuberkulinsalbe bei, Jadassohn 1124.
*— Histol. Untersuchungen in 2 Fällen v. papulo-nekrot., Hodara 1515.
Tuberkulin behandelter Fall v. Addisonscher Krankheit. Ein m., Munro 889.
— Behdlg. d. Addisonschen Krankheit m., Kendall 889.
—? Wie reagieren Syphilitische auf, Augagneur 1047.
— Rosenbach bei chirurg. Tuberkulosen, Rosenbach 1416, 1674.
— z. Diagnose u. Therapie d. Konjunkt. ekzem., Tivnen 1421.
Tuberkuline 1672.
Tuberkulins. Dispensierg. d., Meyer 1417.
Tuberkulinmethode. Salvarsan- 1596.
Tuberkulinreaktion. *Intrakutane, Monti 1416.
— wd. d. Masern. Verschwinden der kutanen, Weinmann 1658.
Tuberkulinreaktionen 1368.
Tuberkulinsalbe 1124.
Tuberkulöse Antikörper. Komplementbindende, Schieck 1076.
— Exantheme. Einfluß der Tuberkulosegiftstoffe auf, Hagen 1413.
Tuberkulöse Harnröhrenstrikturen, Minet 935.
— Natur d. Erythema nodosum, Courmont, Savy u. Charlet 1343.
— Periureteritis. Ödem., chron., Uteau, Bassal u. Azéma 1333.
— Phagedän d. Vulva, Brault 1066.
— Prostataabszesse. Nicht-, 965.
— Sequester. Einfluß d. Sonnenstrahlen auf, Franconi 1674.
— Zystitis behdln., welche e. inoper. Nierentuberkulose begleitet? Wie soll man e., Legueu 955.
Tuberkulösen. Tuberkelbaz. im Blute d., Kurashige 1605.
— Salvarsan b. einem Syphilo-, Jacquet 1168.
— Die dorso-lumbalen Hautstriae bei, Sabourin 897.
— Lungenabschnitten. Farbenreaktion d. Hautsekretes über, Fischer 1346.
— Lupus mit Skarifikat. und Radiotherapie. Bhdlg. des, Tison 1419.
— Urine, Asepsis u. Infektion d., Rafin 1075.
— Ursprungs. Erythema nodosum, Alamartine 1649.
Tuberkulöser. Antikörper im Blutserum, Möllers 1416.
— Übertragbarkeit des Schweißes, Piery 1668.
— Epididymitis. Potentia generandi trotz doppels., Bull 1797.
— Hautgeschwüre. Lichtbhdlg., Thedering 1750.
— periurethraler Abszeß, Tixier und Gauthier 1790.
Tuberkulöses od. syphilit. Gumma, Dubois-Havenith 1673.
— Vulvageschwür. Phagedän., Brault 1815.
Tuberkulose in Südafrika, Brock 1453.
— Chirurgische, Martens 1673.
— b. d. Beschneidg. Ansteckung mit, Arluch u. Winoconroff 1788.
— spec. d. Lupus. Chemotherapie der äußeren, Strauss 1385.
— Chemotherapie d., Linden, Meissen u. Strauss 1672.
— Röntgentherap. Bekämpfg. der, Wetterer 1671.
— Jodmethylenblau u. Kupferpräparate bei äußerer, Strauss 1674.
— d. äußeren Genitalien d. Weibes, Seifert 1158.
— d. Genitalharnwege. Spez. Behdlg. d., Legont 1672.
— d. Harnorgane, Wildbolz 1557.
— d. Harnwege. Bhdlg. d., Legueu u. Chevassu 1036.
— — — Meerschweinchen u. Diagnose d., Arens u. Wade 1331.

Digitized by Google

Tuberkulose des uropoet. Systems. Diagnose u. Therapie d., West 930.
— d. Haut. Entzündliche, Poncet u. Leriche 1413.
— — — Lewandowsky 1555.
— d. Leber, wahrscheinl. m. Syphilis kombiniert. Röhren-, Hall 1112.
— Beginn d. renalen, Rafin 1075.
— Angiokeratoma und, Brandweiner 1764.
— Erythema multiforme u., Lyonnet u. Martin 1342.
— Erythema nodosum und, Pic 1343, Meara u. Goodridge 1343, Terson 1648, Pollak 1648, Dunlop 1648.
— Polymorphes Erythem und, Ciuffini 1648.
— u. Lepra. Parasiten der, Foulerton 1392.
— Biol. Differential-Diagnose v. Lepra u., Stein 1668.
— u. Purpura, Dei Poli 1668.
— Röteln u., Gazeau 1368.
— vortäuschend. Knochensyphilis, Ely 1510.
— s. auch Blasen-, Genital-, Hoden-, Mamma-, Miliar-, Mundschleimhaut-, Nebenhoden-, Nebennieren-, Nieren-, Pharynx-, Rinder-, Urogenital-, Zungentuberkulose.
Tuberkulosen. Tuberkulin Rosenbach bei chirurg., Rosenbach 1416, 1674.
— Sonnenbehndlg. d. chirurg., Witmer 1674.
Tuberkulosegiftstoffe auf tuberk. Exantheme. Einfluß der, Hagen 1413.
Tuberkulosestudien. Immunobiolog. und klinische, Much 1413.
Tumoren der Brustdrüse usw., Licini 868.
— beim Manne. Brust-, Flurian 868.
— Operationszystoskop z. Entferng. gestielter, Meyer 931.
— d. Zentralnervensystems. Positive Wasserm.-Reakt. b. nichtspezif., Newmark 1173.
— Beziehgn. von chron. Entzdg., Narbe, Trauma u. d. Fortpflanzungsvorgänge z. d. Entstehung v., Theilhaber 1274.
— Feste Kohlensäure z. Beseitig. oberfl., Koehl 1280.
— in Guinea. Maligne, Bernardeau 1490.
— Strahlentherapie b. malignen, Werner 1750.
— Röntgenstrahlen bei malignen, Skinner 1751.
— Salvarsanwirkg. bei malignen, Grünberg 1752.
— der Talgdrüsen. Nävi und, Martinotti 1035.
Tumoren, s. a. Blasen-, Haut-, Hoden-, Samenstrangtumoren. Geschwülste, Gewächse, Neubildungen, Neoplasma.
Tunneltransplantation der Haut, Mac Lennan 1616.
Tylosis palm. et plant., Thatcher 926.
Tylotischen rhagadif. Ekzems d. Handteller u. Fußsohlen. Therapie des, Veiel 1160.
Typhus. Absteigende Infekt. d. Harnwege bei, Lemierre u. Abrami 1260.
— Striae atrophicae, Achloridurie u. Abdominal-, Vaughan 1770.
— Blut u. Nebennieren beim exanthemat., Fournié 1391.
— exanthematicus. Exper. Studien über, Nicolle, Conseil u. Conor 1664.
Typhuskutanreaktion, Szonthag 1611.

Überempfindlichkeit. Frage der Arznei-, Kyrle 1126.
*— der Haut gegen Röntgenstrahlen und Kohlensäureschnee, Bogrow u. Grintschar *1147, 1161.
— der Pellagrösen gegen Maisextrakte 1383, Cesabianchi und Vallardi 1636.
— — — — Mais, Rondoni 1637.
Überpflanzung behaarter Haut, Lauenstein 1616.
Ulcera curis m. Quarzlampe. Bhdlg. d., Brändle 1769.
— — m. Salvarsan. Bhdlg. der, Lévy Bing u. Duroeux 1769.
— varicosa s. Varicosa.
Ulceris mollis gegen verschied. Zuckerarten. Reaktion d. Kultur d. Bacillus, Kamimura u. Abe 1228.
Ulcus curis m. Schwarzwurzeldekokt. Behandlung eines destruierenden, Searle 1750.
— — Pathol. u. Ther. d. Varizen u. d., Albert 893.
— — Operation, Bhdlg. d. Varizen, Elefantiasis und, Friedel 893.
— — Die ambulante Bhdlg. d., Roth 894.
— — m. rotem Glühlicht. Bhdlg. der, Meyer 1768.
— — varicosum in Abhängigkeit v. Stauung i. Gebiete d. Vena fem. Entstehung d., Heinrichs 894.
— — — Freuder 1768.
— molle. Infektionserreger d., Kamimura 1228.
— — am Finger, Brodfeld 1749.
— rodens auf e. Psoriasisherd, Gray 1359.
— — vortäuschend, m. Salvarsan bhdlt. Gummöses Geschwür, ein, Parker 1359.

Digitized by Google

Ulcus rodens, Carcinoma sebaceum und, Savatard 1444.
— — Bhdlg. des, Morton 1759.
— tropicum. Wassermann-Reaktion bei, Schüffner 1748.
— — m. Salvarsan. Behdlg. des, Hallenberger 1748.
— varicosum s. varicosum.
— vulvae acutum, Lipschütz 1595.
— — chron., Tschlenow 1014.
Ulerythema sycosiforme 1770.
Ultraviolette Strahlen 1081, 1202, 1773.
Ultravioletten Lichtes auf intrazelluläre Fermente. Wirkg. d., Kreibich 1126.
Ultraviolettes Licht 1126, 1773.
Uncinariasis americana b. e. weißen Mädchen. Ainhun und, Eskridge 900.
Unguenta adhaesiva, Dreuw 1275.
Unicellula cancri, d. Parasit d. Krebses, Butlin 1754.
Unterschenkelgeschwüre. Karzinom. Degener. chron., Gottheil 1754.
— Bhdlg. der, Lindemann 1768.
Unzucht. Engl. Gesetz über die, Morin 1606.
Uraemie 1813.
Urämiekonstante 1806.
Ureteren a. d. akut. Blasenentzdgn. usw. Beteiligung d., Sugimura 929, 1796.
— Stenose beider, Bode 1813.
Ureterenkatheterismus s. Niere, Nierenbecken.
Ureterentransplantation usw., Dechanow 1012.
Ureteropexie 865.
Ureteropyelitis blennorrh., m. Antimeningokokkenserum bhdlt., Strominger 1450.
Ureterstein als ätiol. Moment f. Blasentumoren, Lotzy 1073.
Uretersteine b. Kinde. Blasen- u. Charvin 952.
— Bryan 1258.
Uretersteinen. Operat. bei, Israel 1190.
Urethra. Doppelte, Lebrun 1333.
— Ausgipsung der, Waelli 1792.
— bei Prostatavergrößerg. Dilatation des prostat. Teiles der, Siter 1791.
— post. in meinem Operationsurethroskop Operat. Eingriffe in der, Wossidlo 1191.
— Endoskop. Untersuchg. d., Luys 1263.
— Primäres Epitheliom der, Romano 1789.
— post. Erkrankgn. d. Sphincter vesicae int. u. d., Wossidlo 937.
— prostatica. Exzision der 1805.
— Merkw. Fremdkörper d., Cifuentes 937.
— u. Blase. Fremdkörper i. d., Leclerc-Dandoy 937.
Urethra. Funktion d. Frenulum praeputii u. Bedeutg. f. d. Infekt. d., Hesse 1384, *1500.
— Infektion einer akzess., Jeanbrau u. Jordan 1789.
— im bulb. Teil behdln? Wie soll man d. Rupturen d., Lenormant 936.
— Ruptur d. Penis u. d., Tanasesco 1261.
— Traumat. Ruptur d., Bazy 1264, Imbert 1790, Denis 1790.
— Ausstoßg. v. 29 Steinen a. d., Negrete 937.
— prost. Steine i. d., Taicheire 937.
— Striktur d., s. Striktur, Verengerung.
— Kongenitale Striktur d., Loumeau 1449.
— Traumatische Läsionen der, Chironi 1790.
Urethrae. Harnröhrenkonkremente mit bes. Berücks. d. eingekaps. Konkrem. d. Pars prost., Monsarrat 937.
— Konkremente i. d. Pars prost., Spittel 937.
— Striktur d. Pars cavernosa, Jaboulay u. Fayol 1791.
Urethrakarzinoms bei d. Frau. Bhdlg. d. primären, Jackquard 1016.
Urethralplastik dch. freie Transplant. d. Wurmfortsatzes, Streissler 936.
Urethralpolypen bei d. Frau, Dinnematin 1016.
Urethralstriktur u. Hämorrhoiden, Murard 1791.
Urethralstrikturen. Elektrolyt. Instrumentarium z. Bhdlg. v., Li Virghi 936.
Urethralwulstes. Anatomie u. Histologie des weibl., Sachs 1014.
Urethritiden. Bhdlg. d. chron., Gonzales Bravo 934.
Urethritis. Diagnose u. Bhdlg. d. chron., Lecoutour 1039.
— b. Manne. Micrococcus catarrh. als Ursache der, Ayres 1034.
— post., Vesikul. u. Epididym. b. älteren Männern. Chron., Barker 935.
— d. Weibes. Nervöse Symptome bei chron., Campbell 887.
— blennorrhoica. Abortive Bhdlg. der, Feleky 1597.
— Primäre, dch. Mikrob. verurs., nicht blennorrh., Allanche 934.
— Pneumokokken-, de Aja 862.
Urethroplastik dch. Venentransplantation. Tanton 1449.
Urethroprostatischer Stein, Michel 1792.
Urethroskop. Operative Eingriffe i. d. Urethra post. i. meinem Operations-, Wossidlo 1191.
Urethroskops. Modifik. d. Luysschen, Li Virghi 1263.

Digitized by Google

Urethroskopie. Hintere, Palazzoli 1450.
Urethroskopische Befunde bei Spermatorrhöe u. Prostatorrhöe, Scheuer 964.
Urethrothermische Therapie 1792.
Urethrotomie. Äußere, Gibson 936.
Urin usw. Epithelien im, Gaillard 992.
— Fäden im klaren, Gunn 1807.
— Farbiger, Bàlinh 1807.
— Ungewöhnl. Niederschlag v. Kalziumkarbonat im, Brown 993, Weber 994.
— Nichtpathogene Kolibazillen im, Bassler 1807.
— Nachweis v. Quecksilber im, Abelin 1807.
— Vergleich. Wert d. gebräuchl. Methoden d. Auffindg. u. Färbg. v. Tuberkelbazillen im, Sémionov 993.
Urins. Azitität d., Pouyaud 993.
— — — Veränderungen durch Bromkalium, Pouyaud 993.
— Extraktivstoffe d., Vallée 992.
— dch. Geheimmittelpillen. Grünfärbg. d., Golla u. Rolleston 1002.
— bei Diabetikern. Einwirkg. v. Milchsäurebazillen a. d. Zuckergehalt des, Horowitz 997.
— (Alkaptonurie). Seltene Modifikation des, Triboulet 1809.
— Zusammensetzung d. normalen, Bouchez 992.
Urinapparates. Neurasthenie d., Marsan 1783.
Urindesinfizientien. Zystitis und, Williams 1796.
Urineiweißes. Differenzierung d., Patein und Roux.
Urininkontinenz s. Nierentuberkulose.
— i. Kindesalter, aufgefaßt als Tuberkelbazillenerkrankgn. Bhdlgsresultate d. orthostat. Albuminurie u. d., Tanago u. Pedraja 996, 1808.
Urinkoeffizienten u. den verschied. Arten d. menschlichen Tätigkeit usw. Beziehungen zwischen gewissen, Lescoeur 992.
Urintrakts n. Gelenkerkrankgn. Infektion des, Kreissl 1824.
Urintraktus dch. Bac. coli. Infektion des, Mackey 1784.
Urinuntersuchung als diagnost. Hilfsmittel. Mikroskop., Gaillard 1035.
Urobilinfrage, Fromholdt und Nersessoff 1811.
Urobilinurie. Paradoxe Albuminurie und, Staunig 996.
— in der Tropenpraxis, Jasti 1811.
Urogenitalapparat. Einfluß v. Tetrodotoxin a. d., Inouye u. Kinoshita 1099.
Urogenitalapparates. Kongenit. Anomalie des, Castiglioni 1783.
Urogenitalorgane. Anwendg. von heißer Luft i. d. Bhdlg. d. Erkrankgn. d. männl. u. weibl., Gouhut 928.
Urogenitaltraktes. Operative Korrektion einer Anomalie des, Pauchet 1037.
Urogenitaltraktus gewonn. Diplokokkus. Aus dem, Dudgeon u. Panton 1227.
Urogenitaltuberkulose. Behandlung der Genital- und, Le Fur 1264.
Urologen. Ausbildg. des, Cabot 1141.
Urologie. Association française d', 1202.
— Röntgenstrahlen in der, Hoffmann 1785.
— Vakzinetherapie i. d., Reiter 1785.
— Wege u. Ziele d. modernen, Posner 926, 1073.
Urologische Apparate. Neue, Lohnstein 926.
— Spritzen. Neue, Boulanger 1334.
Uroseptischer u. arthrit. Basis. Hyperkeratosen auf, Buschke 1092.
Urotropin i. d. Dermatologie, Sachs 1289.
Urticaria chron., m. nukleins. Na bhdlt., Weill, Gardère u. Goyet 1640.
*— perstans papulosa. Histologie der, Krzysztalowicz 939.
— pigmentosa congenita, Fabry 1094.
— — Dubreuilh 1447.
Uterus u. seiner Adnexe. Erkennung u. Bhdlg. blennorrh. Infektion d., Ashton 1020.
Uterus-, Scheidenfistel. Bhdlg. d. Blasen-, Ward 888.

Vagina. Fremdkörper in der, Robinson 1015.
— Völliger Mangel der, Fordyce 1814.
Vaginitis d. Kinder. Irrtümer b. Nachweis d. Gonokokkus bei, van Gieson 1019.
Vakzin Arthigon. Erfahrgn. m. d. Gonokokken-, Schultz 1041.
Vakzination. Notwendigkeit der, Abba 1661.
Vakzinationspusteln. Übertragung von, Klepetar 1662.
Vakzinationstherapie. Gegenwärt. Stand der, Mauté 1279.
Vakzine. Behandlg. blennorrh. Komplikationen mit, Boehm 1040.
— bei Blennorrhöe d. Frauen. Wirkg. d. spezif., Dembskaja 1041.
— bei Neugeborenen usw. Verhältnis der unwirksamen, Mas 1369.
— d. Affen, Halberstädter u. Prowazek 1390.
— Antigonokokken- s. Tripper.
— s. auch Streptokokken-, Variola-, Esel-, Gonokokkenvakzine.
Vakzinen. Bhdlg. d. Akne mit autogenen 1735, 1736.

Digitized by Google

Vakzinebehandlung der blennorrh. Arthritis, Stockmann 1023.
— d. blennorrh. Prostatitis u. Arthritis, Sellei 1022.
— des Erysipels, Watters 1258.
*— d. Gonorrhöe, Föckler 1395.
— d. Hydrozele, Mallannah 962.
Vakzinediagnostik u. -therapie b. blennorrhoisch. Affekt., Koehler 1017.
Vakzineerkrankung. Allgemeine ulzeröse, Crespin u. Cazenave 1662.
Vakzineimmunität d. Variolakranken 1660.
Vakzinekörperchen, Galli-Valerio 1391.
Vakzinetherapie b. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Volk 1622.
— in der Urologie, Reiter 1785.
— b. Diabeteskarbunkel, Mc Donald 898.
— u. -diagnostik b. blennorrh. Affekt., Koehler 1017.
Vakzinotherapie, Serkowski 1010, 1011.
Vakzinia. Ätiologie der, Simpson 1663.
Varicocele lymphatica, Madden 963.
Varicosa. Bhdlg. d. Ulcera, Pool 895.
Varicosum. Radiumbhdlg. b. malignen Neubildgn. u. Ulkus, Macdonald 1276.
Variköse Venen. Operationsmethode für, Fullerton 1769.
Varikösen Phlebitiden d. Beines. Chirurg. Behdlg. der, Butel 892.
— Saphenen. Totale Resektion der, Hamon 893.
— Symptomenkomplexes m. d. Spiralschnitt n. Rindfleisch-Friedel. Behdlg. des, Pollak 893.
Variköser Geschwüre d. unt. Extremit. Chirurg. Bhdlg. hartnäckiger, Albert 895.
— — Elast. Kompression n. Bruandet in d. ambul. Behdlg., Fresnél 895.
Varikozele. Operat. Behdlg. der, Nilson 1801.
— Radikalkur der, Lapasset 1801.
Variola. Wiederholte, Hueto 1369.
— Osteomyelitis nach, Schwenk 1660.
— mit Eselvakzine. Prophylaxe der, Boinet u. Huon 1661.
— m. Jodtinktur. Behdlg. der, Rockhill 1661.
Variolaepidemie in Fondi 1659.
Variolakranken. Vakzineimmunität der, Pollaci 1660.
Variolamikroorganismus. Kultur eines, Simpson 1663.
Variolaübertragung auf das Kalb, Wittich 1369.
Variolavakzine, Duvoir 1369.
Varizellen im Puerperium, Myers 1368.
— und Komplikationen, Huismanns 1368.
Varizellen. Kutane Komplikationen der, Caplan 1369.
— Herpes Zoster und, Heim 1647.
— Ekthyma bei, Nobl 1659.
Varizen d. unt. Extrem., Zancani 892.
— — — — Totale Saphenektomie b. d. Behdlg. oberflächl., Magnien 892.
— Robinsonsche Radikaloperation der, Mouflet 892.
— Die sapheno-femorale Anastomose usw. als operative Behandlungsmethode bei, Hesse u. Schaack 893.
— d. Unterschenkels. Mechan. Behdlg. der, Wolfram 893.
— u. d. Ulcus cruris. Pathol. u. Therapie der, Albert 893.
— Elefantiasis u. Ulcus cruris. Operation, Behdlg. der, Friedel 893.
— durch Thrombose. Behdlg. d., Tavel 1769.
Vasomotorische Gangrän s. Gangrän.
Venektasien der Blasenschleimhaut 1794.
Venereum. Granuloma 1221.
Vegetierende Dermatomykose. Dissem., Balzer, Gougerot u. Burnier 1446.
Venerische Erkrankg. in d. Gegenwart u. Zukunft, White u. Melville 1229.
— Erkrankgn. in Ungarn, Davidovics 1605.
— Infektionen. Ein neues Prophylaktikum „Virilact" geg., Ullmann 1596.
— Krankheiten, Buschke 1558.
Venerischen Geschwüren. Äthylchlorid b., French 1749.
— u. Hautkrankheiten behaft. Frauen in Petersburg. Fürsorge der, Prosskurjakow 1178.
— Krankheiten (Geschlechtskrankheiten). Prophylaxe der, Truffi 1191, 1310.
Verbrennung. Zerstörung des Schädelknochens n. einer, Brocq, Fernet u. Françon 1255.
— Behdlg. von, Alexander 1341.
— Narbenbildung nach schwerer, Papaïonuon 1341.
Verbrennungen. Die toxische Theorie in der Pathogenese des Todes nach, Ferrarini 1337.
— Mastisolverband bei, Neugebauer 1341.
— m. Liqu. cresolis comp. Behdlg. der, Stoops 1644.
Verengerungen d. Harnröhre b. Manne u. b. d. Frau. Kongen., Blanich 935.
— d. Urethra b. d. Frau, Manificat 935.
Vererbungsproblem, Greil 1608.
Verhornung. Chemie der, Fasal 1601.
Verkalkung, Schultze 964.
Verruca seborrhoica juvenilis, Cunningham 1331.

Digitized by Google

Verrucae plantares, Sutton 1763.
Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte 84, 1026.
Vesikulektomie a. kokki-perinealem Wege. Prostatektomie u., Lumbroso 991.
Vesikulitis u. Epididym. b. ält. Männern. Chron. Urethrit. post., Barker 935.
Vestibularislähmung 1199.
Virilact 1596.
Vitiligo. Traumatische Alopezie und, Chajes 1093.
— Keratoma palmare und, Friedländer 900.
— leprae 1099.
— u. Psoriasis, Bettmann 1091.
— u. Scharlach, Hill 1774.
— u. Syphilis, Marie u. Crouzon 1774.
Vulvageschwür. Phagedänisches tuberkulöses, Brault 1815.
Vulvitis. Diabetische, Roger 1015.
Vulvovaginitis d. kl. Mädchen. Behdlg. der, Perrin 1019.
— blennorrh. d. kl. Mädchen. Behdlg. der, Tièche 1019.
— kl. Mädchen. Arthigonbehdlg. d. blennorrhoischen, Rygier 1041.

Wärme u. warmes Wasser als Behdlg. chron. Hautleiden. Strahlende, Tóth 1277, 1622.
Wanderniere. Anthropogenet. Erklärg. d., Cathelin 1011, 1334.
Warzen. Ansteckungsfähigkeit d., Stern 1762.
— Fettgehalt des Epithels der seborrh., Cedercreutz 1187.
— Selt. Heilungsprozeß einfacher, Nonell 1314.
— Inokulation v. filiformen, Tuccio u. Coppolino 1387.
*— nach Röntgenbehdlg. e. kl. Anzahl derselben. Verschwinden sämtlicher, Halberstädter 1522.
*— beider Hände n. Röntgenbestrahlung einer Hand. Verschwinden der, Delbanco 1524.
— an der einen Hand nach Abtragung solcher an der anderen Hand. Spontanes Verschwinden flacher, Waelsch 870, Genswein 870, Bemerkg. dazu, Rothbaum 870.
Warzenbehandlung, Saalfeld 871.
Wasser als Behdlg. chron. Hautleiden. Strahlende Wärme u. warmes, Tóth 1277, 1622.
Wasserdruckmassage in d. inn. Medizin. Verwendg. der, Dreuw 1039.
Wasserfehler 1474.
Wassermannsche Reaktion u. Bleiintoxikation, Hilgermann 1053, Field 1370.
Wassermannsche Reaktion u. d. Hautreaktion nach Pirquet bei Lepra, Photinos u. Michaélidès 861.
— — b. nichtspezif. Tumoren d. Zentralnervensystems. Positive, Newmark 1173.
— — bei Ulcus tropicum, Schüffner 1748.
Weißfleckenkrankheit und Sklerodermie 1385.
Weißen Flecken zusammengesetztes Exanthem. Aus, Juliusberg 1125.
Werlhof b. Kinde. Morbus, Gachon 1338.
Werlhofschen Blutfleckenkrankheit. Nephritische Form d., Eichhorst 1642.

Xantho-erythrodermia perstans 853.
Xanthoma multiplex, Oram 1444.
— tuberosum multiplex, Politzer und Wile 1131.
— — — vulgaris, Sutton 1764.
— — — b. Säugling, Fisahn 899.
Xeroderma pigmentosum cum carcinoma et cornu cutaneum, Dohi u. Kodha 1259.
— — Toyama 1098.
X-Strahlen. Hypertrichosis, deren Behandlung mit, Stern 925.
X-Strahlenmethode mit einziger Dosis, MacKee u. Remer 1504.

Yaws. Wasserm. Reakt. b. Syphilis, Lepra und, Bloombergh 1053.
Yohimbins. Nebenwirkung d., Hübner 1445.

Zahnpflege. Haut- und, Bauer 1605.
Zellbildner b. Bhdlg. v. Geschwüren. Ein neuer, Macalister 1284.
— Der neue, Bramwell 1284.
Zentralnervensystem. Schädlicher Einfluß d. Salvarsans a. d., Bogdanow 1162.
Zentralnervensystems. Positive Wasserm. Reaktion bei nichtspezif. Tumoren d., Newmark 1173.
Zerebrospinalflüssigkeit b. Pellagra, Boveri 1316.
Zervixblennorrhöe 1020.
Zervizitis. Blennorrhoische 1020.
Zeugung unter Blutsverwandten, Rohleder 1478.
Zirkumzision. Diphtherie i. Anschluß an, 932.
Zona 1345.
Zoster. Immunität nach 1363.
Zosterneuralgie, Zolotoreff 1345.
Zuckerprobe. Doppelte reduzierende, Sonnenberg 1098.
Zunge. Ulzerationen der, J. L. 1740.
— s. Epitheliom, Erythem.
Zungenherpes. Rezid., Schwab 1363.

Digitized by Google

Zungenkrebs. Endresultate d. operativen Behdlg. beim, Short 867.
Zungentuberkulose, Keller 1413.
Zyanose. Kongenitale, Eiglier 1640.
Zyste der Unterlippe. Speichel-, de Aja 863.
Zystinurie, Desmoulière 997.
Zystitis, deren Ursach. u. Behdlg., Newman 954.
— Peri-, Harris 955.
— Postoperat. Urinretention u., Jacobson u. Keller 955.
— nach Hexamethylentetramin. Arznei-, Fullerton 955.
— prolif. tuberc., Laverrière 955.
— behandeln, welche e. inoper. Nierentuberkulose begleitet? Wie soll man eine tuberk., Legueu 955.
— durch Ametropie. Funktionelle, Richards 888.
— Wert d. frühen Differentialdiagnostik bei, Crockett 1034.
Zystitis, Joddämpfe bei, Farnarier 1796.
— Ikterus u., Rach u. Reuss 1796.
— u. Urindesinfizientien, Williams 1796.
Zystitisfehldiagnosen, Clark 954.
Zystopyelitis als Folge v. Inf. m. d. Bac. coli com. usw., Wassermann 955.
Zystoradiographie, Legueu, Papin u. Maingot 1074.
Zystoskop zur Entfernung gestielter Tumoren. Operations-, Meyer 931.
— Operations- 1793.
Zystoskopie b. chirurg. Erkrankgn. der Niere. Wert der, Griffith 999.
— b. Prostatahypertrophie, Marion 1261.
— Blasenspritze zur, Joseph 1787.
Zystoskopische Irrtümer, Weiss 1786.
Zystoskopischen Übungen. Blasenphantom zu, Ottow 1370.
Zystoureteritis. Behdlg. d. rebellischen, Mikhailoff 1449.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abba, F., Üb. die Notwendigkeit der Vakzination 1661.
Abbe, R., Verbesserte Methode d. Gebrauches v. Radium 1275.
Abe, Kumezō, s. Kamimura, Yukiaki.
Abécassis, Albert, Beitr. z. Kenntnis d. syphil. Ursprungs d. bronchitischen Dilatationen, ihr Zusammentreffen m. gew. viszeralen Läsionen syph. Herkunft 1107.
Abelin, J., Untersuchg. üb. die Wirkg. von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten 1624.
— Üb. den Nachweis von Quecksilber im Urin 1807, ferner 847.
Abraham 852.
Abulow, Beobachtgn. üb. die Wirkg. des Salvarsans in 342 Fällen von vorwiegend Syphilis, ab. auch b. eingn. and. Erkrankungen 1309.
Achard u. Saint Girons, Hämophilie b. einer Syphilitischen 1513.
— u. Desbouis, Lokale Behdlg. der Angina Vincenti dch. Salvarsan 1745.
Adamson, H. G., Goulstonsche Vorlesungen üb. moderne Anschauungen betreffs d. Bedeutung v. Hautausschlägen 1232.
— Fall von persist. zirzin. papulo-nekrot. Ausschlag (? Tuberkulide) 1252.
— Fall von (?) „Tuberkulid", v. sog. „Darier-Roussyschen Sarkoidtypus" 1252.
Addario, C., Üb. das Vorkommen der Prowazekschen Körperchen in den Follikeln u. Papillen des Trachoms 1821.
Adler 858, 1064.
Adrian, C., Z. Bestimmg. d. Residualharnmenge 1072.
— Bericht üb. die Tätigkeit der an die chir. Poliklinik angeschl. Poliklinik f. Harnkranke 1266, 1408.
Agamennone, Michelangelo, Die Behandlg. d. Syphilis mit intravenösen Enesolinjektionen 1387.
Agis Garcin, Emmanuel, Krit. Studie üb. die Anwendg. d. Salvarsans, seine Pharmakologie, Technik, Anzeigen u. Gegenanzeigen 1283.
Ahlborn, Maurice B., Einfache Methode z. Herstellg. v. Kohlensäureschnee 1281.
de Aja, Salvarez Sainz, Extraurethrale genitale Blennorrhöe, welche primär und isoliert auftrat 862.
— Ein Fall von Pneumokokkenurethritis 862.
— Speichelzyste der Unterlippe 863.
— Tertiäre Lymphdrüsensyphilis 863.
— Die sogenannte menschliche Botryomykose 886.
— Heredosyphilis. Multiple spinae ventosae syphilit. Ursprungs 887, 1455.
— Syphilis heredit. tarda. Rezidivierende Hautgummen und osteoperiostitische Gummen der linken Tibia 887.
— Merkwürdiger Fall von trichophytoider Syphilis 887.
— Behandlung der Neurorezidive bei mit Salvarsan behandelten Kranken 1313.
— Syphilis d. zweiten Generation 1314.
— s. auch Serrano, M.
Alamartine, H., Das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs. Beitrag zum Studium der entzündlichen Hauttuberkulose 1649.
Albanus, Die Methodik der Radiumbestrahlung in der Nasen-, Mund-, Rachenhöhle, im Kehlkopf, i. d. Luftröhre u. im Schlund 1275.
Albert, Beiträge z. Pathol. u. Therapie d. Varizen u. d. Ulcus cruris 893.
— Joseph, Üb. die chir. Behdlg. hartnäckiger variköser Geschwüre d. unt. Extremitäten 895.
Aldridge, N. E., Pagetsches Ekzem der Mamilla 868.

Digitized by Google

Alessandrini 1382.
Alexander, Arthur, Granuloma pediculatum 1064.
— Wucherungen auf Lippenleukoplakie 1064.
— Beitr. z. Kenntnis d. Ekzema marginatum 1090.
Alexander, Carl, Geschlechtskrankheiten u. Heilschwindel 1457.
— Eine technische Hilfsmethode zur Diagnostik katarrhalischer Prostataerkrankungen 1802.
— J. F., Gleichzeitige Behandlung von 27 Fällen von Verbrennung 1341.
Alfrago s. Volpino.
Allanche, P., Primäre, dch. Mikroben verursachte, nicht blennorrh. Urethritis 934.
Allport, A., Die lokale Anwendung von Salvarsan bei chronischer oberflächlicher Glossitis 1564.
Altmann, K., u. Zimmern, Fritz, Üb. d. Einfluß d. Temperatur auf die Komplementbindung bei Syphilis 1188.
— s. Herxheimer, Karl.
Amat, Ch., Die therapeut. Applikation von Bierhefe 1634.
D'Amato, Die Wassermannsche Reaktion in den Fällen plötzlicher Taubheit 1312, 1513.
— Beitrg. z. d. Normen d. Prophylaxe d. Geschlechtskrankheiten 1312.
Amodrut s. Belin.
Anau, Enrico, Üb. den hämolytischen Ikterus 1776.
Ando, A., s. Matsumoto, Sh.
Andrey (Toulouse), Prinzipien b. d. Behandlg. des blennorrh. Rheumatismus 1822.
Angerer, Albin, Über Rhodanausscheidung im Speichel des Menschen mit bes. Berücksichtgg. für die Diagnose der Syphilis 1682.
v. Angerer, K., u. Stötter, H., Über Versuche, Antigen-Antikörperwirkungen sichtbar zu machen 1458.
Anglada s. Carrien.
Antoni, Johann, Über Elephantiasis scroti und ihre Beziehgn. zum partiellen Riesenwuchs 1742.
Antonini, G., Pellagrologische Exkursion in der Friaul 1637.
— u. Gosio, Ätiologie der Pellagra 1382.
Antonio, Curcio, Septikämische Sporotrichose mit anämisierendem, febrilem Verlauf 1739.
Aoki, T., Zur Frage „Tätowierung und Syphilis" 886, 1099.
Apert u. Leblanc, Generalisierte ödematöse Sklerodermie (Skleremie) 902, 1771.
Apolant, H., Seltene Geschwulst bei der Maus 1090.
Aranjo, Silva, Sero-Reaktionen der Syphilis 1337.
Arcelin u. Rafin, Radiographische Indikationen für die Pyeolotomie 1448.
— s. auch Balvay.
d'Arcy Power, Über die Behandlung der Syphilis 1702.
— Die Therapie der Syphilis 1703.
Arenstein, Max, Allosan 1044.
Arluck u. Winoconroff, Z. Frage üb. die Ansteckg. an Tuberkulose jüdischer Kinder während d. Beschneidung 1788.
Arman, Ermanno 1394.
Armbruster (Schweinheim), Ätiolog. Studien über Psoriasis vulgaris 1731.
Armour, Robert G., s. Cöllius, Jos.
Arms, B. L., u. Wade, E. Marion, Meerschweinchen u. die Diagnose der Tuberkulose der Harnwege 1331.
Arndt, Georg, Beitrag zur Kenntnis d. Lymphogranulomatose der Haut 1760.
— u. Zuern, Kurzer klin. Beitrag zur Kenntnis der Orientbeule 1090.
— s. ferner 1490, 1588.
Arnheim, P., Affe mit Reinkultur von Spirochäten geimpft 1063.
— Vereinfachte Kulturmethode der Spirochaeta pallida aus menschlichem Material 1603.
— s. ferner 1064.
Arning, Ed., Beiträge z. Klinik d. Blennorrhöe u. ihrer Komplikationen 1091.
— Fall von Adenokarzinom 1759.
— W., Das allgemeine Krankenhaus St. Georg in Hamburg. Freie Abteilg. f. Haut- u. Geschlechtskranke 1345.
Arnold, G., s. Barrat, J. O. Wakelin 1798.
Aronson, Hans, u. Sommerfeld, P., Die Giftigkeit des Harns bei Masern u. anderen Infektionskrankheiten 1659.
Arroyo, M. 1002.
Arumugum, T. V., Großer Blasenstein 952.
Arzt, Leopold, Z. Kenntnis d. „fragl. Geschlechts" (homines neutrius generis [Virchow]) 927.
— u. Kerl, W., Üb. die Beeinflussung d. Atoxylwirkg. dch. Organbrei 1625.
Asahi, K., Über Pigmentsyphilis 1389.
Asch, P., Dauerinjektion für die Harnröhre des Mannes 1073.
Ascoli, Vittori, Über das Malariapigment 1514.
Ashton, W. E., Erkenng. u. Behdlg. blennorrh. Infektion d. Uterus und seiner Adnexe 1020.
Attlee, W., Bericht über einen Fall von Achsendrehung des Hodens 958.

Digitized by Google

Audry, Ch., Nephritis u. syphilitischer Schanker (Nephritis praeroseolica) 1069, ferner 1115.
Aufrecht (Berlin), Einfaches u. schnelles Verfahren z. quantitativen Bestimmg. d. Harnsäure in Harnen u. serösen Flüssigkeiten 992.
— Über Ichthynat 1288.
Augagneur, A., Wie reagieren Syphilitische auf Tuberkulin? 1047.
Augier, A., Zur Kenntnis der transvesikalen Prostatektomie 970.
Aureille u. Renaud-Badet, Diplokokkurie u. Phosphaturie 1263.
Austregesilo, A., Fall von Angiokeratom, dem Madurafuß ähnlich 1764.
Auszterweil, L., Über die Frage des Salvarsanfiebers 1710.
Auvray, Fall von Malum Potti syphilit. Ursprungs 1510.
Avièrinos, Bhdlg. d. bukko-lingualen Leukoplakie m. Kupfersulfatlösg. 1734.
Axmann (Erfurt), Bhdlg. der Psoriasis mittels Kälteanwendung 1732.
Aybar, Luis Eduardo, Die Duct. ejacul. b. d. Prostatahypertrophie. Die sexuell. Funkt. n. d. Freyerschen Operation 967.
Ayres, Winfield, Der Micrococcus catarrhalis als Ursache der Urethritis beim Manne 1034.
Azéma s. Uteau.
de Azúa, Juan, Drei Tripperfälle mit Antigonokokkenvakzine behandelt 861.
— Akroasphyxie der Hände und Füße. Erythemato-Sklerosis phlyctaenulosa und Angiokeratom der Hände 862.
— Sekundärsyphilis, mit Salvarsan behandelt. Neurorezidiv nach 2 Monaten vom Typus der Basilarmeningitis 862, 1196.
— Perforation des Schädels infolge Knochenresorption nach Osteoperiostitis gummosa 863, 1106.
— Impetigo vegetans 886.
— Sklerodaktylie d. Hände u. Füße mit vorhergegang. Raynaudschem Symptomenkomplex. Wa.R. negativ 887.
— Pruritus ohne Hautläsionen von gastrointestinalem und alimentärem Ursprung 887.
— Herxheimersche Reaktion des Rückenmarks bei einem Sekundärsyphilitischen mit Hemiparese, der mit Salvarsan behandelt wurde 887.
— 2 zweifelhafte Fälle v. positiv. Wassermannscher Reaktion 1052.
— Das Neosalvarsan. Erste klinische Eindrücke 1313, 1721.
— Neurosyphilis nach Salvarsan bei ein. Sekundärsyphilit. Doppelte Fazialisparalyse. Labyrinthitis. Part. Paralyse d. Oculomotorius communis. Diffuse meningeale Symptome 1314.

Baba, S., s. Yamazaki, S.
Babes, V., Studien über Pellagra 1638.
Bachem, C., Ist der Gebrauch der Kal. chlor.-Zahnpasten gefährlich? 1457.
Bachmann (Harburg), Erfahrgn. bei der Schutzpockenimpfung 1661.
— K. A., Das Problem der Verhütg. der Geschlechtskrankheiten 1606.
Bachrach, Robert, Üb. die endovesikale Bhdlg. von Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen 1794.
Bader, René, Beitrag z. Klinik u. Pathogenese d. linearen Dermatosen 1272.
Baermann, Gustav, Die spezifischen Veränderg. der Haut d. Hände u. Füße bei Frambösie, mit einigen allg. Bemerkgn. zur Frambösie und ihren Späterscheinungen 1221.
*Bäumer, Eduard, Die Bhdlg. der Syphilis mit Hg-Glidine 1576.
Bagrow (Moskau), Rektalmethode i. d. Salvarsantherapie 1201.
Bain, J., Behandlung d. Gonokokkenarthritis 1023.
— Zur Bhdlg. der Syphilis 1707.
Bainbridge, W. S., De Keating-Harts Methode der Thermo-Radiotherapie 1619.
— Die Fulgurisationsmethode nach De Keating-Hart 1619.
Balavoine u. Onfray, Der Harnstoffausscheidungskoeffizient der Nieren 1812.
Bálink, M., Interessanter Fall von farbigem Urin 1807.
Ball, C. R., Der Wert der „vier Reaktionen" f. Diagnose u. Therapie d. syphilit. Erkrankgn. d. Nervensystems 1698.
Ballenger, Edgar G., Ätiologie d. Prostatahypertrophie 967.
— u. Elden, Oman F., Hodenneuralgie, durch Adhäsionen verursacht 1798.
Ballico, Pietro 1458.
Balvay u. Arcelin, Röntgendermatitis bei einer Syphilitischen? 1340.
Balzer, F., Intramusk. Injekt. v. Salvarsan u. Neosalvarsan in Öl 1256.
— Dosierungen u. Gegenanzeigen d. Hektins 1286.
— u. Belloir, Symmetr. Lipomatose m. multipl. Lokalisation 1065.
— — Paramammale Drüsenschwellung in der Sekundärperiode der Syphilis 1067.
— — Weicher Schanker am Mittelfinger mit heißer Luft behdlt. 1067.
— — u. Lamare, 2 Fälle von Sporo-

Digitized by Google

trichose d. Hand dch. berufl. Infektion 1067.
Balzer, F., Belloir u. Lamare, 3 Fälle v. Sporotrichose 1254.
— u. de Champtassin, P., Perineuritis ischiadica nach e. intramusk. Salvarsaninjektion 1065.
— Gougerot u. Burnier, Eine neue Mykose: Parendomycosis gummosa ulzerosa, verursacht dch. e. neuen Parasiten: Parendomyces Balzeri 1069.
— — — Disseminierte, vegetierende Dermatomykose, dch. Mycoderma pulmoneum verursacht 1446.
Bangs, Charles H., Flüssiger Sauerstoff 1034.
— u. Bolton, L., Einige Stadien von Prostataerkrankung 1802.
Banks, G. S., Familienidiosynkrasie und Virulenz bei Skarlatina 1653.
— W., Gibt es triftige Gründe gegen die Impfung? 1663.
Barbier u. Gassier, Syphilis hereditaria cerebrospinalis 1103.
Bardach, Kurt, Beiträge z. Geschichte d. Quecksilbertherapie 1286.
Barduzzi, Üb. neue Normen der rationellen Syphilisbehandlung 1191, 1310.
— Nomenclatura dermatologica 1191, 1310.
— Üb. d. klin. Wert der Anaphylaxie in der Dermatologie 1192, 1312.
Barfurth, W., Üb. Schwangerschaftsstreifen und ihre Verhütung 897.
Barjou, Diffuses Angiom 868.
Barker, M. B., Chron. Urethrit. post., Vesikulit. u. Epididym. b. ält. Männern 935.
Barlet, I. M., Entleerg. eines Abszesses d. Blase per urethram 952.
Barnabo, Valentio, Üb. die Resektion des Testikels 1799.
Baroncelli, Georges, Die Hygiene d. Mundes bei Syphilitikern 1176.
Barrat, J. O. Wakelin u. Arnold, G., Zellveränderungen des Hodens dch. Röntgenstrahlen 1798.
Barth (Danzig), Üb. Prostataatrophie 966.
Basch, E., Die Therapie der Syphilis 1703.
— J., In den Ösophagus perforiertes Trachealsyphilom 1697.
Bassal s. Uteau.
Baßler, A., Nichtpathogene Kolonbazillen im Urin 1807.
Battesti, M., Beitrag z. Kenntnis der nichttuberkul. Prostataabszesse 965.
Baudouin (Paris), Polioenzephalitis syphilit. Heilg. dch. Salvarsan 1531.
Bauer s. Hallion, A. L.
Bauer (Nord-Malben), Zahn- und Hautpflege 1605.
— Richard, u. Hirsch, Ada, Beitrag z. Wesen der Wassermann-Reakt. 1056.
Baum 857, 1063, 1064, 1588.
— Henry C., 4 Fälle von Pemphigus foliaceus 1258.
— Ätiologie und Therapie der Hypertrichosis 1782.
Baumel, L., Gesichtslupus bei einem Säugling 1417.
Baumgarten, E., Die Syphilis der oberen Luftwege 1507.
Baux, G., u. Berthoumieu, Nicht vermutete Erbsyphilis. Syphilis u. Amme 1103.
Baye, Charles, Allg. klin. Studie über Syphilis der Urethra 1112.
Bayer, C., Prostatadehnung 965.
Bayet, A., Die allgemeine Prognose der Syphilis 1455, 1047.
— Neosalvarsan 1727.
Bayly, H. W., Vergleichg. d. therapeut. Wertes d. verschied. Bhdlgsarten bei Syphilis auf Grund d. Wassermannschen Reaktion 1176.
Bayon, H., Demonstration von Präparaten mit Bezug a. d. Kultur des Leprabazillus 1228.
— Üb. die Übertragg. der Lepra auf Tiere dch. unmittelbares Überimpfen 1393.
Bazy, P., Die Pyelotomie bei Nierensteinen 1074.
— Traumat. Ruptur d. Urethra 1264.
Bechet, Paul E., Behandlung des Ekzema rubrum der unt. Extremitäten 1421.
— Extensive Dermatitis mediamentosa n. d. Gebrauch von Midol (Pyramidon) 1636.
— Alopecia areata, ihre Ursachen und Behandlung 1773.
Beck, Erich Karl, Der augenblickliche Stand d. Hypospadieoperation 932.
— Schmutzige Geschwüre 895.
— O., Otiatrische Indikationen u. Kontraindikationen b. d. Salvarsanbehandlung der Syphilis 1716.
*— S. C., Über Keratosis spinulosa (Lichen spinulosus Crocker) 1459.
— Heilversuche mit der lokalen Immunisierung der Haut nach Wassermann 1607.
Becker, Walther, Üb. Kombin. des Morbus Addisoni mit Sklerodermie 903.
Belezza, L., Wert der Wassermann-Reaktion 1056.
Belin, Milian, u. Amodrut, Reinfectio syphil. nach Salvarsan 1167.

Digitized by Google

Bell, Albert M., Üb. Hämaturie 1809.
Bellantoni, Serodiagnose u. Kutireaktion für die Syphilisdiagnose 1484.
Belloir s. Balzer, F.
Belot u. Fage, Hautatrophie u. Lupus erythematosus 1255.
Beltinger, R., Bemerkgn. z. d. Aufsatze „Warum werden wir geimpft?“ 1661.
Benario, I., Zur Frage der Neurorezidive 1195.
— Bemerkgn. üb. d. Häufigkeit u. Hochgradigkeit der Neurorezidive nach Salvarsan 1718.
Bénasson, Ludovic, Üb. einige neue Behdlgsmethoden des Tripperrheumatismus 1024.
Benczúr, I., Sklerodermie, dch. Radioemanationstrinkkuren gebessert 905.
Bendell, J. L., Über das Vorkommen sog. Henochscher Purpura 1337.
Bendix, Kurt, s. Ledermann, R.,
de Benedictis, C., s. Cosco, G.
Benedikt, H., Syphilis der inneren Organe 1107.
Benner, Heinrich, Serolog. u. bakteriol. Untersuchgn. z. Frage d. Lues 1054.
Berblinger, W., Diffuse gummöse Myokarditis 1137.
Berg, Georg, Seltene Fremdkörper der Harnröhre 1792.
Bergel, S., Experiment. Beiträge zum Wesen der Wassermann-Neisser-Bruckschen-Reaktion 1684.
Berger, F., Statist. u. Klin. z. Salvarsantherapie d. Syphilis 1139.
Bergeron, André, s. Letullé, Maurice.
Berghausen, Oskar, Bakterizide Therapie d. akuten u. chronischen Infektionen der Harnwege 1331.
Bergl, Klemens, u. Klausner, Erwin, Über das Verhalten des Liquor cerebrospin. bei Luetikern 1488.
v. Bergmann, Olga, Die kutanen diathetischen Reaktionen beim Säugling 1232.
Bering, Fr., Über kongenitale Syphilis 1075.
— Dermatitis atrophicans chron. idiopath. progress. diffusa u. maculosa 1091.
— Über Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis 1105.
— Üb. Syphilis congenita tarda 1476.
— u. Meyer, H., Methoden z. Messung d. Wirksamkeit violetter u. ultravioletter Strahlenquellen 1081.
— ferner 1476, 1477.
Bernardeau, Max, 1. Maligne Tumoren in Guinea; 2. generalisierte Ichthyosis; 3. zwei Fälle von Ainhum 1490.
Bernardeau, Max, Fall von physiologischer Hypertrichosis in der Sakrolumbalgegend bei einer Frau 1781.
Bernay, André, Über lupoide Syphilide 1104.
de Berne Lagarde, s. Legueu, F.
*Bernecker, Oswald, Über das Overlachsche Trivalin 1381.
Bernhardt, 1064.
*Bernhardt, Ernst, Über neuere Modifik. (Karvonen, Manoiloff) u. z. Technik der Wasserm. Reaktion 907.
— Robert, Üb. die Bhdlg. des Lupus vulgaris nach Herxheimer-Altmann (Salvarsantuberkulinmethode) 1596.
Bernheim, W., Klin. Erfahrgn. üb. intraven. Infusion saurer Salvarsanlösungen 1091.
— Einstweilige Erfahrungen über Neosalvarsan 1723.
Bernstein, E. P., u. Simons, J., Die Meiostagminreaktion 1078.
— M. J., Eine durch Dinitrochlorbenzol erzeugte Dermatitis 1645.
Bertarelli, Ambrogio, Die Karbolsäure i. d. Behandlung der Lepra 1477.
Berthounieu, s. Baux, G.
Besançon u. Gastinel, Positiver Wassermann in einem Pleuraexsudate 1685.
Best (Dresden) Erblindungsgefahr infolge von Augenentzündung d. Neugeborenen 1038.
Betke, R., Ein Fall von Scleroderma diffusum 903.
Betti, Giuseppe, Üb. die Haemoglobinurie e frigore 1809.
Bettmann (Heidelberg), Üb. Vitiligo u. Psoriasis 1091.
de Beurmann, Über Sporotrichosis 1443.
— Die radioaktiven Schlammapplikationen in der Bhdlg. des Epididymitis blennorrh. 1819.
— u. Gougerot, Les Sporotrichoses 986.
— Regnauld, Eugène, u. Cottin, F., Bhdlg. der Epididymitis blennorrhoica mit radioaktivem Schlamm 1819.
— ferner 1112.
Bezděk, Meningitis spinalis luetica 1699.
Bezzola, 1383.
Bidault, Camille, Hauttrichophytie, verursacht durch Kalbslymphe 1424.
Bieck, E., Prostata u. Psyche 1092.
Biehler, R., Eine Streptokokkenepidemie im Rigaschen städtischen Leprosorium 860.
Bierhoff, Frederik, Weitere Bemerkungen zur sanitären Kontrolle der Prostitution in einigen europ. Städten 1606.

Digitized by Google

Biggs, G. M., Ein mit Salvarsan behandelter Fall von Taubheit auf kongenital syphilitischer Basis 1567.
Bilhaut sen., M., Zyste d. Samenstrangs bei Kryptorchismus 1037.
Binet (Nancy), Die Bhdlg. des Erysipel mit Jodtinkturpinselungen 1742.
Binsack, Karl, Fall von angeborenem ausgedehntem Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn 1778.
Birger, s. Kritschewski.
Bitte 1112.
Bittorf, A., u. Schidorsky, N., Exp. Untersuchungen über das Wesen der Wasserm. Reaktion 1685.
Bizzozero, Enzo, Follikulitis u. Perifollikulitis ulcerans serpiginosa 1591.
Bjalokur (Jalta), Z. Frage des Fiebers in späten Syphilisstadien 1681.
Bjoerling, E., Zur Frage des Vorkommens von Leukozyten im Prostatasekret 860.
— Beiträge z. Kenntnis d. Prostatakörner 1072.
Blanich, B., Beitr. z. Kenntnis d. kongenit. Verengerungen d. Harnröhre b. Manne u. b. der Frau 935.
Blaschko, A., Erythema-exsudat.-ähnl. Eruption 1063.
— Erythem 1063.
— Betrachtgn. üb. d. individuelle Prognostik bei Syphilis 1092.
— Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen üb. die Verbreitg. der Geschlechtskrankheiten 1477, ferner 857.
Le Blaye, René, Exper. Untersuchgn. üb. die Stomatitis mercuriales 1287.
Blecher, R., Üb. die Bedeutg. der Röntgenstrahlen f. d. Bhdlg. der Hautkrebse 1754.
Bloch, Bruno, Diathesen i. d. Dermatologie 1232.
— Exp. Studien üb. d. Wesen d. Jodoformidiosynkrasie 1288.
— Die Trichophytien u. verwandte Pilzerkrankungen der Haut 1450.
Bloch, Marcel, s. Foix, Charles.
Blum, V., Über Hämaturie 998.
Blumen, George, Über Bronzefärbung der Haut, verbunden m. Diabetes (Hämochromatosis) 889.
Blumenthal, Franz, u. Hercz, Ludwig, Versuche zur Verschärfung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis 1444.
— u. Meyer, Fritz M., Ausfall der Wassermannreaktion bei experiment. Kaninchensyphilis 1092.
Bode, F., Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper 1813.
Bodin, Ein Jahr Salvarsanpraxis 1140.
Bodineau s. Hudelo.
*Boeck, C., Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprabazillen, ein Nachtrag 1267.
Bödtker, E., Sublimior-Haarfärbemittel 1082.
Boegershausen (Lüdinghausen), Eine Epidemie der Alopecia parvimaculata unter den Schulkindern 1425.
Boehm, J. L., Behdlg. blennorrh. Komplikationen mit Vakzine 1040.
Böing, Heinrich, An den Quellen der Pocken- und Impffrage 1659.
— W., Über Zelleinschlüsse bei Trachom und Konjunktivitiden 1821.
y Bofill, Marcelino Gavilan, Schwere frühzeitige Syphilis d. Nervensystems, geheilt mit Salvarsan 1315.
Bogdanow, Zur Frage d. schädl. Einflusses d. Salvarsans a. d. Zentralnervensystem 1162.
Boggs, Russel H., Röntgentherapie gutartiger Affektionen 1621.
Bogrow, S., Die Mikrosporie u. ihre Bekämpfung 1309.
*— u. Grintschar, Th., Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen und Kohlensäureschnee 1161, *1147.
— ferner 854.
Boidin s. Oulmont.
— L., Zur Allgemeinbhdlg. des Milzbrandes 1747.
Boinet u. Huon, Prophylaxe der Variola mittels Eselvakzine 1661.
Bókay, J., Lithiasis im Kindesalter auf Grund von 1836 Fällen 1795.
— Z., Beitrag z. Kenntnis des Rückfallsscharlach 1654.
Bonamy, René, u. Dartigues, Lymphangioma penoscrotale 1334.
Bonnamour, 2 Fälle von blennorrh. Rheumatismus, m. Gonokokkenvakzine behandelt 1822.
Bonnet, L. M., Enorme Angiome auf dem Thorax und den Oberextremitäten 869.
— Acanthosis nigricans, Heilung durch Salvarsan 890.
— Progressive Kachexie bei Syphilis 1049.
— Arthritis syphil. cubiti 1106.
— Physiologische Pigmentierg. d. Mundschleimhaut 1224.
— Wahrscheinliche Mykose 1424.
— Primäre Sporotrichose im Sprungbeine 1425.
— Sporotrichosis lymphangitica 1426, ferner 854.

Digitized by Google

Bonnet, L. M., Die physiologische Pigmentierung der Schleimhäute 1601.
— Sporotrichose 1739.
Boodkin, M. L., Proktitis als Ursache der Hämorrhoiden 896.
Boppe, L., s. Spillmann, L.
Borden, C. R. C., Die Anwendg. von Salvarsan bei Nasen- u. Halskrankheiten 1713.
Bordet 907.
Bordoni s. Volpino.
Boruttau, H., Zur Kenntnis d. Herabsetzung von Giftwirkungen durch Eiweiß 1612.
— Mann, L., Levy-Dorn, M., und Krause, O., Handbuch d. gesamten mediz. Anwendg. d. Elektrizität einschließlich d. Röntgenlehre 1335.
Boss, S., Über Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum 1786.
Bosselini, Pier Lodovico, Die Wassermann-Reaktion nach Verabreichg. v. Salvarsan 1080.
— Allgemeine schuppende erythrodermische Hauttuberkulose 1669, ferner 1002.
Botez, Georges, Betrachtungen über d. Pathologie u. Chirurgie d. Hufeisenniere 865.
Botelli, Keratosis follicularis spurilosa m. spez. Lokalisation im Gesicht 1191, 1310.
— s. Pasini.
Botteri, A., Exper. Untersuchgn. über die Filtrierbarkeit des Virus der Einschlußblennorrhöe u. über die Widerstandsfähigkeit des Trachomvirus 1038.
Bouber, G., Blutveränderungen bei Stockes-Adamscher Krankheit. Über einige ätiolog. Fragen 1169.
Bouchez, A. E., Untersuchgn. üb. die Zusammensetzung d. normalen Urins 992.
Bouget, H., s. Roubier, Ch.
Boughut, L., u. Dujol, Sklerodermie mit Schilddrüsenatrophie 1771.
Boulanger (Paris), Neue urologische Spritzen 1334.
Boulangier s. Spillmann, L.
Boularau, Ikterus blennorrhoicus oder Ikterus bei einem Blennorrhoiker 1447.
Bouquet, Henri, Die blennorrhoische Meningitis 1021.
Boursier, A., Durch Radiographie gegewonnene Indikationen bei der Steinkrankheit der Harnwege 1038.
Bouveyron, Instrumentarium zur Bereitung der intravenösen Salvarsaninjektionen 1200.
Boveri, Pierre, Die Zerebrospinalflüssigkeit in der Pellagra 1316.
Bovier s. Lyonnet.
Bowen, John Templeton, Präkanzeröse Dermatosen: Studie üb. 2 Fälle von chron. atyp. Epithelproliferation 1131.
— Ansteckende Hautkrankheiten in Vorbereitungsschulen u. Gymnasien 1613.
— Multiple subkut. Hämangiome im Verein mit multipl. Lipomen, charakterisiert durch enormen Zellreichtum bei einem sonst gesunden, muskelstarken Menschen 1763, ferner 874.
Boyd, Montague L., Phenolsulfophtalein u. die Funktionsprüfg. d. Nieren 1000.
Braasch, W. F., Klin. Beobachtgn. an 203 wegen Nierentuberkulose operierten Patienten 1001.
Brac, Atypischer Fall v. Erythema polymorph. bullosum 1070.
Brändle, Edgar, Behandlg. der Ulcera cruris mit der Quarzlampe 1769.
Bramwell, W., Der neue Zellbildner: Bemerkungen üb. Symphytum officinale oder Beinwurz 1284.
*Brandweiner, Alfred, Weitere Mitteilungen über Purpura annularis telangiectodes 1291.
— Hat das Angiokeratoma (Mibelli) Beziehungen zur Tuberkulose? 1764.
Braschkin, L., Über Erfolge d. Röntgentherapie bei Karzinom 866.
Brauer, August, Zur Kenntnis der Salvarsandermatosen 1445.
— Üb. die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung 1556.
— Üb. eine besondere Form des hereditären Keratoms (Keratoma disseminatum hereditarium palmare et plantare) 1593.
Brault, J., Isoliertes Favusskutulum auf dem l. u. Augenlide 1066.
— Tuberkulöse Phagedän der Vulva 1066.
— Myzetoma mit schwarzen Körnern in Algier. Isolierung von Madurella mycetomi 1070.
— Phagedänisches tuberkulöses Vulvageschwür 1815.
Brauns (Eisenach), Z. Desinfektion d. Operationsfeldes bei Impfungen 1663.
Brav, Aaron, Die Behandlung der Ophthalmia neonatorum 1821.
Bravetta 1383.
Breiger (Berlin), Bhdlg. d. Psoriasis mit ultravioletten Strahlen (Höhensonnenbad) 1733.
Brelet, M., Die Hämatemesis der Tabiker 1534.
— Diagnose der eruptiven Fieber 1651.
Bremermann, L. W., Nachbehandlung nach Prostatektomie 1806.

Digitized by Google

Brendel, Gr., u. Müller, H., Ausbau d. Hechtschen Modifikation d. Wassermannschen Reaktion 1688.
Breta, Achille, Radium gegen Angiome 1763.
Brewen, Isaac W., Schutzimpfung und der ärztliche Beruf 1661.
Brian, Otto, Untersuchgn. üb. die Ätiologie des Erythema nodosum 1343.
Brickner, Samuel M., Fibroma molluscum gravidarum 888.
Bricout s. Gaucher.
Briganti, P., Ein Fall primärer Syphilis des Augenlids 888.
Brin s. Gaucher.
Britnew, Alexander, Zur Kenntnis der Harnröhrensteine 1792.
Britz, N., Harndesinfektion durch innere Arzneimittel 994.
Brock, B. G., Bericht üb. eine Nachforschg. üb. das Obwalten v. Syphilis bei d. Eingeborenen u. die dadch. bedingte Begünstigg. der Verbreitung der Tuberkulose 1453.
Brocq, L., Das methodische Kratzen, eine neue Untersuchungsmethode bei Dermatosen 1026.
— Praktische Bemerkungen über die Ekzeme 1420.
— Fernet u. Françon, Ausgedehnte Zerstörung des Schädelknochens nach einer Verbrennung 1255.
— — — Statistik der mit Neosalvarsan behandelten Syphilisfälle 1257.
— u. Françon, Fall von Hallopeauscher Krankheit 1066.
— u. May, Sporotrichose m. tiefen intramuskulären Herden 1254.
— ferner 848 ff.
Brodfeld, Eugen, Durch Autoinfektion entstandenes Ulcus molle am Finger 1749.
Bröckerhoff (Dortmund), Ein angeblicher Impftodesfall 1663.
Bromberg, Perry, Blasentuberkulose 1332.
Brooks, Harlow, Studien am Herzen bei Syphilis 1136.
Brotmann, Fall von Sarcoma cutis gigantocellulare 983.
Brouner, W. B., Strikturen der Harnröhre beim Manne 935.
Brown, W. H., Ungewöhnl. Niederschlag v. Kalziumkarbonat im Urin 993.
Browning, William, u. Lintz, William, Die Anwendung von Spinalflüssigkeit (Autotherapie) bei der Behandlung chron. Syphilide, speziell des Zentralnervensystems 1528 (bis).
Bruch (Berlin), Einige Mitteilgn. üb. ein neues Antikonzipiens 1140.
Bruck, C., Kausale Behdlg. d. akut. u. chron. Blennorrhöe des Mannes 1040.
— Franz, Die Wertlosigkeit d. Wasserm. Reakt. f. die lokale Diagnose 1457.
Brückler, Otto, Kasuist. Beitrg. z. den als „anaphylaktoid" beschriebenen Erscheinungen nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen 1826.
Brückmann, E., s. Stümpke, G.
Bruening, Walter, s. Frede, Hans.
Bruhns, C., Die atypischen Ichthyosisfälle u. ihre Stellg. z. Ichthyosis congenita u. Ichthyosis vulgaris 1092.
— Moderne Syphilisbehandlung 1536.
— Das Salvarsan in d. heutigen Syphilistherapie 1711.
— u. Cohn, M., Üb. epidemisches Auftreten von seborrhoischem Ekzem 1729, ferner 857.
Bruniquel, Alexis, Die Hochfrequenzfunkenbehandlg. d. Leukoplakie 1422.
Brunzel, H. F., Fall von Verblutungstod aus d. rechten Niere bei Agenesie der linken, zugl. ein Beitrag z. Kenntnis der essentiellen Hämaturie 1809.
Bruyant, L. A., Beitrg. z. klin. u. exper. Kenntnis der Hautreaktion bei infekt. Krankheiten 1233.
Bryan, Robert C., Ureterensteine 1258.
Bucek 851 ff.
Buchmaster, F., Fall von Karbolgangrän 1342.
Buchner, Georg, Angewandte Ionenlehre für Studenten, Chemiker, Biologen, Ärzte usw. 1265.
Büdinger, K., Phimosenoperation 1788.
Bügr, Friedrich, Üb. die Häufigkeit des Erysipelas im deutschen Heer 1741.
Buhmann, Rudolf, s. Engman, M. F.
Bull, P., Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis 1797.
Bulliard, Henri, Der diffuse Haarausfall u. seine biokenetische Behandlung 1336.
Bunch, J. L., Ein Vortrag über Hautausschläge bei Kindern 1233.
— Fall v. Lupus erythematosus 1252.
— Fall v. univ. Ichthyosis b. e. 14jähr. Mädchen 1252.
— Fall v. Dermatitis herpetiformis 1359.
— Bhdlg. der Nävi auf Grund von Beobachtungen bei mehr als 2000 Fällen 1443.
— Über nekrotische Tuberkulide 1503.
Burchard, Ernst, s. Hirschfeld, Magnus.
Burnier, s. Balzer, F.
— R., die Fette in der dermatologischen Praxis 1617.

Digitized by Google

Burr, Charles W., Mangelhaftes Gedächtnis als einziges Residualsymptom bei Gehirnsyphilis 1172.
Burry, 1115.
Burty, Henri, Soll man mit oder ohne Assistenz operieren 1264.
Burzi, G., Wirkg. d. Salvarsans a. d. kardiovaskulären Apparat 1166.
Buschke, Adolf, Universell-symmetrische entzündl. Hyperkeratosen auf uroseptischer u. arthrit. Basis 1092.
— Venerische Krankheiten 1558.
Buteau, Nikolaus, Die Bhdlg. der Epididymitis blennorrh. (blenn. Nebenhodenentzdg.) mit Gonokokkenvakzine (Arthigon) 1819 (bis).
Butel, M. M. E. M., Beitr. z. Kenntnis d. chirurg. Behdlg. d. varikös. Phlebitiden d. Beines 892.
Butlin, T. H., 3. Vorlesung über Unicellula cancri, den Parasiten des Krebses 1754.

Cabot, Hugh, Die Ausbildg. d. Urologen 1141.
Cade, A. u. Leriche, R., Die gastrischen Krisen der Tabes 1533.
Caforio, Luigi, Weitere Untersuchgn. über die Autoserotherapie der Hydrozele und über den Mechanismus der Wirkung dieser Sera 1800.
Cain 1112.
Calderini, Üb. einige Fälle von latenter Syphilis bei Frauen im Puerperium 1455.
Calin, Paul, Chirurg. Behdlg. des Hodenkrebses. Entfernung d. ilio-lumb. Drüsen 959.
Callagham, F. X. J., Fall von syphil. Nekrose d. Halswirbels 1107.
Callewaert, Schädelgummata 1106.
Callomon, Fritz, Z. Röntgenbhdlg. der Epitheliome 1759.
Camac, C. N. B., Trypanosomiasis b. Menschen 923.
Campana, Roberto, Molluscum contagiosum (Kulturen u. Übertragbarkeit) 1093, 1766.
— Demonstration v. Sporozoa 1192.
Campbell, John, Nervöse Symptome b. chron. Urethritis d. Weibes 887.
— Horsfell, C. E., Z. Behandlung des Pruritus ani u. vulvae 922.
Camus, Jean u. Pagniez, Ph., Die Frage der Hämoglobinurien 998.
Candler, J. P., Wassermannsche Reaktion bei progressiver Paralyse 1053.
— u. Mann, S. A., Zuverlässigkeit der Wasserm. Reaktion b. dem d. Leiche entnommenen Serum u. Liquor cerebrospinalis 1057.
Capdeville, P. J. J., Beitr. z. Kenntnis d. konjunktiv. Melanose 891.
Caplan, Myriam, Üb. d. kutanen Komplikationen der Varizellen vor u. nach Anwendg. sterilisierter Wäsche 1369.
Cappelli, Untersuchgn. üb. d. Organstoffwechsel bei einig. m. Salvarsan behdltn. Syphilitikern 1310.
— Area Celsi u. Syphilis 1311.
Carle, Neosalvarsan 1726.
Carletti, M., s. Lucatello, L.
Carnevali, A. 1490.
Carof, Silvain, Üb. Inzision vereiterter blenorrh. Nebenhodenentzdgn. 1018.
Carrien u. Anglada, Purpura melitococcica 1643.
Carrion, H., und Guillaumin, Ch. Ovide, Üb. die Bestimmung d. Harnstoffausscheidungskonstante von Ambard in ihrer klinischen Verwendung 1806.
Casoli 853.
Caspari (Lausanne), Täuschung bei der Abschätzung des Nierenbeckens dch. den Ureterenkatheterismus 1449.
Casper, Leopold, Bemerkgn. üb. Nieren- u. Blasentuberkulose 930.
— Z. Therapie d. Blasengeschwülste 938.
— Die Ausschaltg. d. Blase b. schwer. Formen d. Blasentuberkulose 956.
— Fernresultate d. Prostatektomien 991.
— Prompte Wirkung des Hormonal 1331.
Cassidy, M. A., Der Wert d. Kaliumsalze als Prophylaktikum gegen Serumexantheme 1318.
Castaigne, J., Bemerkg. z. e. Artikel üb. leukopathische Albuminurien 996.
— Einseitige Nierenläsionen und Urämie 1813.
Castans, E., Rezidivierender, durch Sonnenlicht bedingter Ausschlag 887.
Du Castel, J., Dermatitis polym. dolorosa mit Basedow-Symptomen 1065.
Castiglioni, Giovanni, Fall von kongenitaler Anomalie des Urogenitalaparates 1783.
Castorina, R., Über Salvarsan bei Lues 1562.
de Castro, S. Velasquez, Gegenwärtiger Stand der Therapie mit Radium 1408.
Cathelin, F., Anthropogenet. Erklärg. d. Wanderniere 1011, 1334.
Catsaras, Johannes, 2 Fälle v. Madurafuß (Mycetoma pedis) in Griechenland 1745.
Cauhapé, Jean, Üb. Radium bei Prostatakrebs 966.
Cavagnis, Giovanni, Fall v. Acanthosis nigricans 1387.

Digitized by Google

Cazenave s. Crespin.
Cedercreutz, Axel, Üb. den Fettgehalt der Epidermiszellen bei der Parakeratose 1187.
— Üb. den Fettgehalt d. Epithels der seborrhoischen Warzen 1187.
Ceelen, W., Fibromyom d. Samenblase 964.
Ceni, Carlo, Die verschiedene Giftigkeit des Schimmels nach den Jahreszeiten 1228.
Cesabianchi, D. u. Vallardi, C., Maiskost und Überempfindlichkeit gegen Maisextrakte 1636, ferner 1383.
Chabanier, E., s. Chabanier, H.
— H., u. Chabanier, E., Über die Verwendung von Substanzen, welche eine Entfärbg. der Haut bei der Händedesinfektion mittels Jodtinktur erlauben 1346.
Chajes (Berlin), Traumatische Alopezie u. Vitiligo 1093.
Chalier, André, Lipome des Samenstranges 1801.
Chalier, Joseph u. Nové-Josserand, L., Hämolyse und Pigmentzirrhose b. e. Diabetischen 890.
— s. Roque, Cotte.
de Champtassin, P., s. Balzer, F.
Charlet, L. s. Courmont, J., Nicolas, J.
Charvin, E., Blasen- u. Uretersteine b. Kinde 952.
Chatteryel, G. C., Z. Reinkultur d. schwarzen Varietät v. Myzetoma 1227.
Chauffard, A., Mitralstenose u. Erbsyphilis 1455.
Chauvet, J., Die modernen Behandlungsmethoden des Tripperrheumatismus 1024.
Cheatle, G. L., Ergrauen der Haare in Verbindung mit Nervenläsionen 1774.
Chénelot, Emilien, Üb. die syphil. Gummata, welche Sarkome vortäuschen 1105.
Chesin 846.
Chevassu, Maurice, Die Dosierung des Blutharnstoffes u. die Urämiekonstante bei den chirurg. Urinkranken 1806.
— s. Legueu.
de Chiara, Donato, Üb. e. Fall v. Geroderma genitodystrophicum 928.
Chipman, Ernest Dwight, Zusammenfassg. d. Ansichten de Beurmanns u. Gougerots üb. die Sporotrichosis 1133.
— Hautreaktionen 1608.
Chirivino, V., Abgeschwächte Form d. tuberkulären Syphiloderma 1104.
— Üb. d. Verpflanzg. von Lepraknoten in die Vorderkammer des Kaninchenauges 1411.
Chirivino, V., Die experim. Sporotrichosis beim Kaninchen 1426.
Chironi fu Giovanni, Pietro, Über die traumat. Läsionen der Urethra des Mannes aus äuß. Ursache u. ihre Behandlung 1790.
Cholzow, Z. Frage d. chirurg. Bhdlg. der chron. Nephritiden 1072.
Cifuentes, P., Merkwürdige Fremdkörper der Urethra 937.
Cipolla, M., s. du Cristina, G., ferner 1394.
Ciuffini, P., Polymorphes Erythem und Tuberkulose 1648.
Civatte 853.
Clark, J. B., Zystitis-Fehldiagnosen 954.
Clarke, C., Auslösbare Blasensuturen 954.
Claude, Henri, Syphilis medullaris unter d. Bilde d. multiplen Sklerose 1173.
— Meningo-enzephalit. Erscheinungen d. Syphilis bei Tabischen 1174.
— Meningo-Myelo-Radikulitis d. Lumbosakralgegend mit Umkehrung der Kniereflexe 1531.
Clegg, Moses T., s. Currie, Don. H.
Clogne, Paul, Lokalisation d. sekund. Syphilis am Periost u. Knochen 1106.
Closier, Louis, Herpes zoster auricularis et para-auricularis 1364.
Cöllius, Joseph u. Armour, Robert G., Die Bhdlg. der syphilit. Erkrankgn. des Nervensystems mit Salvarsan 1698.
Coeur, G., Über Albuminurien genitalen Ursprungs 996.
Coffen, T. H., u. Heyd, C. G., Thrombo-Angiitis obliterans, eine klin. u. path. Untersuchung 897.
Cohn, M., s. Bruhns, C.
Cohn, Th., Pyonephrit. et Prostatit. actinomycotica 966.
— Klin. Bedeutg. d. Fettharnes 1073.
Cole, H. N., s. Corlett, W. T.
— H. P., Pellagra u. deren Behandlung dch. direkte Bluttransfusion 1317.
Collins, J. D., s. Collins, W. J.
— W. J. u. Collins, J. D., Nasenfibrom 874.
Colwell, W., Bericht üb. einen Fall von sehr stark gewuchertem Molluscum contagiosum 1767.
Comby, Bromvergiftung durch die Muttermilch 1646.
— Livedo annularis 1317.
— u. Schreiber, Heredosyphilitische Glossitis 1103.
Conforti, Giuseppe, Über das Chorionepitheliom der Testikel 959.

Digitized by Google

Conor, A., s. Nicolle, Charles.
Conseil, E., s. Nicolle, Ch.
Constantinesco (Bukarest), Die Urininkontinenz, ein Symptom der Nierentuberkulose 865.
Copelli, Mario, Prurigo u. Leukämie 1387.
— Fall von Blastomykose 1388.
Coppolino, Carlo, s. Tuccio, Giuseppe.
Corbus, B. C., Vierjährige Erfahrungen mit der Wasserm. Reaktion 1683.
Cordes, Max, Unsere therapeut. Erfahrgn. m. Ichthynat (Heyden) 1287.
Corlett, William Thomas, Der Unterricht auf d. Gebiete d. Syphilis 1490.
— u. Cole, H. N., Eine mit dem Vorherrschen von starkem Wind u. kaltem Wetter verknüpfte Hautkrankheit, für welche der Name Dermatitis hiemalis vorgeschlagen ist 1650.
Cosco, G., Rosa, R., u. de Benedictis, C., Über einen Fall kutaner Rindertuberkulose b. Menschen 1669, 1670.
Cosentino, Andrea, Beitrg. z. Studium der Reclusschen Holzphlegmone 1741.
Cotte u. Chalier, Fall von infektiöser Purpura 1643.
Cottin, F., s. de Beurmann 1819.
Couffon, H., Fall von Pellagra 1639.
Courmont, J., Savy, P., u. Charlet, 6 Fälle von Erythema nodosum. Diskussion über ihre tuberkulöse Natur 1343.
— — u. Florence, Fall von Sporotrichose 1425.
Covisa, J. S., Submaxillares Lymphdrüsengumma 863.
— Syphilis. Nichtsyphilit. Nierenerkrankung. Behandlg. mit Salvarsan 887.
— Ein Fall von Endokarditis v. wahrscheinlich blennorrh. Ursprung 887.
— Tremor syphilit. Ursprungs 1313.
— Osteo-Arthritis d. Ellenbogens syphil. Ursprungs. Mitralinsuffizienz 1314.
— Merkwürdiger Fall von Medullarsyphilis 1532.
— u. Nonell, J., Syphilitische Reinfektion bei einem mit Salvarsan behandelten Kranken. Abortivbehandlung der Syphilis 862, 1563.
de Craene, Ernest, Gumma der Leber 1112.
— Syphilom der Leber 1511.
Craig, J. C., Erythema nodosum 1343.
Cramer, H., Behandlg. einiger Hautkrankheiten im Kindesalter 1615.
Crespi, Giuseppe, Über zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit 1640.
Crespin u. Cazenave, Allgem. ulzeröse Vakzineerkrankung mit tödl. Ausgange 1662.
Criado, Miguel F., Ein Fall von mit Salvarsan geheilter Nephritis syphilitica 862.
— Aortitis syphilitica. Arseno-Resistenz 887.
— Fall von schwerer Sekundärsyphilis, schöner Heilerfolg dch. Salvarsan 1314.
du Cristina, G., u. Cipolla, M., Über Bildg. spezifisch. Antikörper bei mit Nukleoproteid syphilit. Organe behandelten Kaninchen 1079, 1192, 1312.
Crocker, Radcliffe 852, 1115.
Crockett, Frank S., Wert der frühen Differentialdiagnostik bei Zystitis des mittl. u. höheren Lebensalters vom Standpunkt d. therapeut. Erfolges 1034.
Croisier, L., s. Gallavardin, L.
Cronbach, Moderne Hefetherapie der Blennorrhöe 1043.
Cronquist, Carl, Einige Bemerkgn. üb. die Dosierung bei Quecksilberinjektionen 1595.
— Üb. abortive Behdlg. der Blennorrhöe, insbes. d. hinteren Harnröhre 1596.
— Z. Kasuistik der Überempfindlichkeitsreaktionen nach Salvarsaninjektionen 1716.
Crouzon s. Marie, Pierre.
Crowell, B. C., Addisonsche Krankheit und Nebennierentuberkulose 888.
Cruet, Die Gefahren therapeut. Eingriffe durch Nicht-Mediziner 1026.
Csillag, J. 852.
Culver, George D., s. Montgomery, Douglas W.
Cummer, Clyde L., s. Dexter, Rich.
Cummins, W. T., s. Gardner, S. J. 1803.
Cumston, Charles Greene, Syphilis und Blennorrhöe in den Abbildungen zu Pantagruels Gesängen 1570.
Cunningham, W. P., Verruca seborrhoica juvenilis 1331.
Curet, R. Ch. M., Üb. d. Behdlg. d. sog. essentiellen Inkontinentia urinae beim Kinde dch. d. Method. d. epidur. Injektion v. künstl. Serum 926.
Currie, Donald H., u. Clegg, Mos. T., Immunisierung bei Lepra 1477.
— — Versuche mit einer spezif. Lepratherapie 1477.
— u. Hollmann, Harry T., Weitere Beobachtungen bei Rattenlepra 1477.
Curschmann, F., Exp. u. klin. Erfahrungen mit Azodermin 1284.
Cuthbertson, William, Natr. cacodyl. i. d. Therapie d. rezid. Erythema multiforme (Erythema perstans) 1342.
Czerny, V., Üb. Therapie d. Krebse 865.

Digitized by Google

Dajon, S., Die Methoden der Abortivbehandlung der Syphilis 1505.
Dalmer (Gießen), Über Mittelohrbeteiligung bei einem Falle von blennorrh. Konjunktivitis 1820.
Damask, M., Zur Kasuistik der luetischen Nephritis 1692.
Danlos, Henri, Versuch einer neuen Auffassung der Parasyphilis 1049, ferner 1394.
Dannenreuther, Walter T., Erkenng. u. Behdlg. d. blennorrh. Harnröhren- u. Blasenerkrankg. beim Weibe 1019.
— Diagnose u. Behandlung d. blennorrh. Zervizitis u. Endometritis 1020.
Dardel (Aix les Bains), Die Diät bei Hautkrankheiten 1278.
Darier, J., u. Libert, Edm., Neosalvarsan 1257.
Darricarrère, J., Das medizinische Testament des Syphilitikers 1045.
Dartigues (Paris) s. Bonamy, René.
Dauchez, H., „Der gute Hirte" 1026.
Daumas, P., Bromismus cutaneus. Wuchernde Eruptionen dch. Brom beim Kind. Papillomatöse Toxidermie 1342.
Dauwitz, Fritz, Die Herstellung d. St. Joachimstaler Radiumträger 1619.
Davidovics, J., Die Verbreitung der venerischen Erkrankgn. in Ungarn 1605.
Davies, H. M., Maligne Affektionen d. Hodens und deren Behandlung durch die Radikaloperation 959.
Day (Louisville), Akute Blennorrhöe u. ihre Behandlung 1044.
Dearden, H., s. McIntosh, J.
Debat, A. 846.
Dechanow (Charkow), Ureterentransplantation nach Maydl m. d. Modifikat. n. Berglund-Borelius u. Mysch 1012.
Declon u. Ganduchan, Aortenerweiterung und Salvarsan 1630.
Deeks, W., Pellagra i. d. Kanalzone 1289.
Define, Giacomo, Granuloma annulare 1741.
— 1394.
Déjerine, Komplizierte Neuralgie spezif. Herkunft 1171.
— Beginn der progressiven Paralyse 1534.
Dekeyser, Léon, Die Anwendung des Kohlensäureschnees 1281.
— Die Physiotherapie des Lupus 1418.
— Einige Bemerkungen üb. die belgischen Leprosorien im Mittelalter 1665.
Delachanal (Lyon) s. Gallavardin, L.
Delbanco, Ernst, Zur Histologie der experim. Kaninchensyphilis 1384.
— Sklerom beim Erwachsenen — eine Folge gestörter innerer Sekretion der Ovarien 1384.
Delbanco, Ernst, Die Entstehung der Maculae caeruleae 1384.
*— Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand 1524, ferner 1385, 1476.
Deléarde u. Mounier, Die Nephritiden in Verlauf der Purpura 1338.
Delpy, Paul, Üb. die Beziehgn. d. Syphilis zu einigen Drüsen mit innerer Sekretion (Schilddrüse, Pankreas, Hypophyse, Hoden) 1109.
Dematteis, F., s. Malan, G.
Dembskaja, Beobachtgn. üb. die Wirkung d. spezif. Vakzine bei der Blennorrhöe der Frauen 1041.
Demetriade u. Vranceanu, Beitrg. z. Kenntnis des Rhinoskleroms in Rumänien 1745.
Demice, Charles C., s. Sutton, Richard L.
Denis, Prognose u. Behandlung d. Rupturen der Urethra 1790.
Denker, Alfred, Über bronchoskopisch-diagnost. Tracheo-Bronchial- und Lungensyphilis 1107.
Deroide, Jean, Beitr. z. Kenntnis einig. Komplik. d. Prostatectomia suprapub. 970.
Desbouis s. Achard.
Desgouttes u. Reynard, 2 Fälle von einfachem chron. Geschwür der Blase 1794.
Desmoulière, Albert, Über die Zystinurie 997.
— Das Antigen in der Wasserm. Reakt. 1599.
— s. auch Gaucher.
Desneux, J., Nävus des behaarten Kopfes 926.
— Schätzg. d. Intensität d. Wasserm. Reaktion 1057.
— Hautläsionen bei einer hysterischen Simulantin 1342.
— Fall v. progressiver Sklerodermie 1771.
— Dujardin, B., u. Renaux, E., Methode der Auswertung der Stärke der Wassermannschen Reaktion 1076.
Desnos, P., Meningitis syphilit. acuta 1173.
Deutsch, A., Über die Hautkrankheiten der Lederindustriearbeiter 1645.
Deutschländer, Carl, Über die diphtherische Entzündung der Haut u. des Unterhautzellgewebes 1748.
Dexter, Rich., u. Cummer, Clyde L., Die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Syphilis 1679.
— — Die Beziehgn. zw. Aortitis u. Syphilis u. die Wichtigkeit deren Diagnose 1697.
Dind (Lausanne), Einige Fälle v. Sporotrichose in der Schweiz 1739.

Digitized by Google

Dind (Lausanne), Über die Syphilis 1046.
Dinnematin, G. S., Beitr. z. Kenntnis d. Urethralpolypen bei der Frau 1016.
Dive, Felix, Beitrg. z. Kenntnis d. Behandlg. d. Syphilis mit Hektine und Hektargyre 1177.
Dodal, Joseph, Die Behandlung von Brandwunden 1341.
Döhle (Kiel), Weiteres über Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 1655.
Dogny, M., s. Lévy-Bing, A.
Dohi, K., u. Kodha, H., Xeroderma pigment. cum carcinoma et cornu cutan. 1259.
— u. Mine, M., Beiträge z. Radiumtherapie d. bösartigen Geschwülste 1390.
— — Über Neosalvarsan 1259.
— Watanabe, S., u. Nakajima, A., Weiteres üb. die Salvarsantherapie a. uns. Univ.-Klinik 1259, 1390.
— Sh., Physikalische Therapie bei Pigmentanomalien der Haut 1099.
— Üb. d. Einfluß v. Heilmitteln d. Syph. (Quecksilber, Jod u. Arsen) a. d. Immunsubstanzen des Organismus (Hämolysine, Agglutinine, Präzipitine) 1139.
Dohrn, Karl, Warum werden wir geimpft? 1661.
Domernikowa, Fall von Folliklis 1422.
— Fall von Bromoderma vegetans 1646.
Dominici, M., Alterationen des Nabelstranges bei Syphilis 1169.
de Dominicis, Angelo, Nachweis von Spermatozoen in Spermaflecken 1797.
Dommer, F., Beitrg. z. Technik der Salvarsaninjektion 1200.
Don, Alexander, Die Sterilisierung der Haut des Patienten vor einer Operation 1231.
Donald, R., Vergleich zw. der Flemingschen (Hechtschen) Modifikation und der Originalreaktion nach Wassermann 1688.
Donáth, Julius, Fall von Sklerodermie 904.
— Lues u. Metalues d. zentralen Nervensystems 1170.
— Beiträge zur Sklerodermie 1772.
Dore, S. E., Fall v. multipl., benignem, zyst. Epitheliom 920.
— Ausgedehntes behaartes Pigmentmal am Rumpfe nebst klein. Pigmentmälern am Gesicht u. d. Extremitäten bei einem 2jährigen Mädchen 920.
— Fall zum Diagnostizieren 1252.
— Tuberkulide b. e. 10jähr. Knaben 1252.
— Hydroa vacciniforme vel aestivale bei einem 8jähr. Knaben 1252.
Dorland, W. A. Newman, Intrauterine Ophtalmia neonatorum 1025.
Doutrelepont (Bonn), Über Behandlung der Hauttuberkulose 1192.
Doyon, Adrien 970.
Dreuw, W., Verwendg. der Wasserdruckmassage i. d. inneren Medizin 1039.
— Formaldehydverbindgn. reduzierender Körper und deren Anwendung in der Dermatologie 1093.
— Unguenta adhaesiva 1275.
— Die Mikrosporie 1425.
Dreyer (Cöln), Zur Diagnose der Ulcera dura 859.
Dreyfus, G. L., Erfahrungen mit Salvarsan 1560.
— Nervöse Spätreaktionen Syphilitischer nach Salvarsan 1566.
— Die Bedeutg. der modernen Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden f. d. Beurteilg. isolierter Pupillenstörgn. n. vorausgegangener Syphilis 1691.
— Über Entstehung, Verhütung u. Behandlung der Neurorezidive 1718.
Drury, Henry C., Spätfolgen der Syphilis 1455.
Dubois-Havenith, Angiom der Oberlippe. Radiumbehandlung 868.
— Ein Fall van Sklerodermie 903.
— Initialsklerose des Kinns 1047.
— Fall von spezif. Labyrinthitis 1135.
— Rheumatoide Purpura 1338.
— Ulzeriertes tuberkulöses oder syphilit. Gumma; Osteoperiostitis maxillaris 1673.
— Molluscum contagiosum 1767.
— Fall von fixem bilateralem Lupus erythematosus u. ein Fall von Naevus planus vasculosus, mit Kohlensäureschnee behandelt 1772.
— Naevus verrucosus pilaris, m. Kohlensäureschnee behandelt 1781.
— Pruritus d. Glans. Sekundäre, mehrere Jahre dch. lokale Orthoformapplikationen unterhaltene Läsionen, welche nach Weglassen d. Mittels heilten 1787.
Dubourg, E., s. Sabrazès, J.
Dubreuilh, W., Fall von Urticaria pigmentosa 1447.
— Die elektrolytische Epilation 1620, ferner 1116.
Dudgeon, L. S., u. Panton, O. N., Ein aus dem Urogenitaltraktus gewonnener Diplokokkus 1227.
Dünzelmann (Leipzig) 1476.
v. Düring, Unser Kampf gegen die Reglementierung der Prostitution 1607.
Dufaux, L., Üb. Janetsche Harnröhrenspülungen u. e. neue Kanüle z. erfolgr. Ausführung derselben 954.
— Z. Diagnose d. chron. Blennorrhöe d. äußeren Urogenitals beim Weibe 1019.
Dufourt, A., s. Weill, E.

Digitized by Google

Duhot, Robert, Kontrolle d. Wasserm. Reaktion durch die Salvarsaninjektion 1080.
— Dosierung und Giftigkeit des Neosalvarsans 1632, 1729.
Dujardin, B., s. Desneux, J.
Dujol s. Boughut, L.
Dumont s. Rathery.
Duncan, Ch. H., Behandlg. des Trippers mittels Autotherapie 1039.
v. Dungern, E., Üb. Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementbindungsreaktion 1274, 1611.
Dunlop, J., Erythema nodosum und Tuberkulose 1648.
Durand s. Jacquet, L.
Duroeux, L., s. Lévy-Bing, A., Ozenne.
Duval, Charles W., u. Wellman, Creighton, Eine neue und wirksame Methode, den Leprabazillus vom Gewebe aus zu kultivieren, m. Beobachtungen üb. die verschied. Arten säurefester Bazillen, die im leprösen Gewebe gefunden wurden 1666.
— — Krit. Studie der Organismen, die aus Verändergn. der menschl. Lepra kultiviert wurden, und eine Betrachtg. über ihre ätiolog. Bedeutung 1134.
Duvoir, M., Variolavakzine 1369.
Dyen, Isadore, Alopezia, ihre Formen und Behandlung 1772.
Dyer, Isadore, Öffentlichkeit und Syphilis 1044.
Dykes, A. L., s. Jervis, J. J.
Dzirne, Iwan Christianowitsch 938.

Eckert 857.
Eddowes, A., s. Unwin, P. B.
Edelmann, A., u. Karpel, L., Eosinophilie der Harnwege im Verlauf von Asthma bronchiale nebst einem Beitrag zur Färbemethodik der Harnsedimente 1783.
Edgeworth, F. H., Fälle von chron. Purpura mit resp. ohne kutane Läsionen 1338.
Edwards, A., Akute Epididymitis als Folge von Muskelspannung 961.
Eguiguren u. Urrutia, Magensyphilis 1110.
E. Hg., Das Salvarsan 1626.
Ehrlich, Paul, Offener Brief an den Herausgeber 859, ferner 1475.
Ehrmann, O., Beitr. z. Kasuistik der Hodenbestrahlung (Röntgenkastration) bei Prostatahypertrophie 968.
— S., Mitteilgn. üb. syphil. Verändergn. d. Hautgefäße u. die damit zusammenhängenden Phänomene 1093.
Ehrmann, S., Über Neurorezidive 1195.
— Über Syphilisreste in den Geweben und ihre prognostische Bedeutung 1681.
Eichelberg, F., Die Bedeutg. d. Untersuchung der Spinalflüssigkeit 1488.
Eichhorst, Hermann, Über Neuritis haemorrhagica im Verlauf der Purpura 1338.
— Über eine nephritische Form der Werlhofschen Blutfleckenkrankheit 1642.
Eiglier, H., Zu einem Falle von kongenitaler Zyanose 1640.
Eising, E. H., Paraffininjektionen bei Harninkontinenz nach Harnröhrenverletzung 1815.
Ekehorn, G., Ein Fall von ungewöhnlicher Form von Staphylomykose in der einen Niere in Verbindg. m. einem kleinen paranephrit. Abszeß 1597.
— Z. operat. Bhdlg. großer Harnröhrendefekte 936.
Elden, Oman F., s. Ballenger, Edgar G.
Ellis 1323.
— Arthur W. M., Sekundäre syphilit. Meningitis 1699.
— s. Swift, Homer F.
Ely, L. W., Fall von Knochensyphilis, der Tuberkulose vortäuschte 1510.
Ema, Sh., Pigmentanomalien infolge Syphilis 1099.
Émery, E., Il metodo di Ehrlich. La cura della sifilide col diossidiamidoarsenobenzolo 990.
— Reines destilliertes Wasser b. d. Herstellung der Salvarsanlösung 1065.
— Pathogene Rolle der mineral. Verunreiniggn. des dest. Wassers 1068.
Emmert, Joh., Über die v. Dungernsche Syphilisreaktion 1252.
Engelen (Düsseldorf), Über die lokale Hochfrequenzbehandlung 1619.
*Engmann, Martin F., Einige Bemerkungen über die Pathogenese der Syphilis der Plazenta 1347, 1697.
— u. Buhmann, Rudolph, Bericht üb. die Wasserm. Reakt. in 61 Fällen von m. Salvarsan bhdlt. Syphilis 1131.
Entz, B., Die pathol. Anatomie der dch. Syphilis hervorgerufenen Veränderungen 1683.
Ercoli, Über einen Fall v. generalis. Sklerodermie mit Leberzirrhose 902.
— Üb. die Verteilg. d. elast. Gewebes in den Corpora cavernosa des Penis und der Glans 1191, 1311.
Erdmann, P., Über die Beziehungen zwischen der Rosazea und äußeren Augenerkrankungen 1421.
Erdös (Nagyvarad), Merjodin bei der Heilung der Syphilis 1558.

Digitized by Google

Esau (Oschersleben), Nekrosen an der Hand nach subkutaner Luminalinjektion 1646.
Escallon, J., Ausscheidung von Salvarsan durch den Urin 1709.
Esch (Marburg), Bakt. Untersuchgn. üb. die Wirksamkeit des Myrmalyds als Harndesinfiziens 931.
Eskridge, F. L., Ainhum u. Uncinariasis amer. b. e. weiß. Mädchen 900.
Etienne, E., Anat.-klin. Studie üb. d. Blasendivertikel 954.
Eudlitz 851.
Eyres, H. M., Neurot. Retentio urinae 927.

Fabry, Joh., Über Urticaria pigmentosa congenita 1094.
— Die Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan 1727.
— u. Jerzycki, E., Über Kupierung initialer Syphilis mit Salvarsan 1708, ferner 1385.
Faccini, U., Vergleichende Untersuch. üb. die Alteration der Nieren und der Schweißdrüsen bei Sublimatvergiftung 1614.
Fage s. Belot.
Falcone, Roberto, Nierenschädigungen als Konsequenz eines Traumas der anderen Niere 1191.
Falta, M., M. Salvarsan geheilte schwere Neurorezidive 1718.
Fantus, Bernh., u. Stillians, A. W., Dermotropismus 1331.
Farnarier, Gaston, Die Joddämpfe in Statu nascendi in der Behandlung der Zystitis 1796.
Fasal, Hugo, Beiträge zur Chemie der Verhornung 1601.
Faujas, Großer Blasenstein bei einem 8jährigen Mädchen 952.
De Favento, Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan 1330.
Favento (Triest), Über Prostatektomie 969.
*Dalla Favera, Giovanni Battista, Lupus miliaris disseminatus faciei, auf dem Lymphwege entstanden 1027, ferner 1458.
Favre, M., s. Nicolas, J.
Fayet, J. Cl., Krit. Studie über die Lithotripsie 953.
Fayol, Blennorrh. Pyonephrose 1818.
— s. Jaboulay.
Fège, Albert, Massotherapie der blennorrhoischen Arthritis im akuten Stadium 1023.
Fehr, Oskar, Üb. die syphilit. Rezidive am Auge nach Salvarsanbehdlg. 1566.
Fehr, Oskar, Üb. die Wirkungen des Salvarsans auf das Auge 1691.
Feibelmann (Nürnberg), Ein doppeltes Masernrezidiv 1368.
Feiertag, Kurt, Verletzung des Berufsgeheimnisses durch den Arzt als Prozeßpartei 1489.
Feilberg, Johanna, Beitr. z. Studium der experimentellen Syphilis 1069.
— s. Jensen, Vilh.
Fejér, J., Die Augensyphilis 1135.
Feje, Ludwig, Beitr. z. Ätiologie der paroxysmalen Hämoglobinurie 998.
Feldt, Adolf, s. Spieß, Gustav.
v. Feleky, H., Beitr. z. Pathologie u. Therapie der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung 1017.
— Zur Frage der abortiven Behandlung der Urethritis blennorrhoica 1597.
Fernet s. Brocq, L.
Ferrarini, Guido, Die toxische Theorie in der Pathogenese des Todes nach Verbrennungen 1337.
Ferreira, Jaymes, Der Metabolismus des Salvarsans 1628.
Ferriani, A., Das Aspirochyl in der Syphilistherapie 1193.
Ferris, Cleveland, Fall von Elephantiasis scroti 1258.
La Fétra, L. E., Salvarsan bei Säuglingen und kleinen Kindern 1712.
Feuerstein, Leon, Tierversuche über den Einfluß des Salvarsans auf den Verlauf nichtsyphilitischer Infektionen 1627.
Feuillet, Gustave, Beitrg. z. Kenntnis der akuten zirkumskripten Ödeme (Quinckesche Krankheit) 1319.
Feuillié, Emile, Leukopathische Albuminurien 995.
Field, Cyrus W., Positive Wassermannreaktion bei Bleivergiftung 1370.
Fielitz, Salvarsanbehandlg. d. Syphilis im Garnisonlazarett Straßburg 1094.
Fiessinger, Noel, D. erworb. diastemato-spermat. Insuff. der Erwachsenen 963.
Fildes, P. s. McIntosh, J.
Files, Charles, O., Syphilitische Fazialislähmung 1533.
Fimmen (Frankfurt a. M.), Lymphat. Leukämie mit Hauttumoren 1308.
Finck (Vittel), Die Oxalurie und ihre Behandlung 1810.
Finger, E., Gedanken über die Wirkung unserer Antisyphilitika 1094.
— Noch einmal die Frage der Neurorezidive 1195.
— Zur Frage der Neurorezidive 1195.
— Tatsächliche Berichtigung zu der „Entgegnung" d. Herrn Benario 1195.

Digitized by Google

Finger, E., Betrachtungen über die Ätiologie der Hautkrankheiten 1232.
Finkelstein, H., Z. Indikation u. Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch 1730.
— J., Über experiment. Syphilis bei Kaninchen 1481 (bis).
Finzi, N. S., Die Radiumbehandlung des Krebses; Erfahrungen bei mehr als 100 Fällen 866.
— O., Üb. einen sehr seltenen Fall v. luet. Synovitis papillaris als Initialform v. Lipoma arborescens der Sehnenscheide 1696.
Fiorani 1382.
Firket, C., Über das Schicksal abgesprengter Epithelkeime in der Haut eines 5monatigen Kindes 1610.
Firth, A. C. D., Enuresis und Schilddrüsenextrakt 927.
Fisahn, Leo, Xanthoma tuberosum multiplex bei Säuglingen 899.
Fischel, Multiples hämorrhag. idiopatisches Sarkom 1588.
— Leukothrophie cutanée 1588.
Fischer 847.
— C., Eine Farbenreaktion des Hautsekrets über tuberkulösen Lungenabschnitten 1346.
— Gustav, Über ein neues Harnantiseptikum 1598.
— L., Die Bhdlg. des Scharlachs 1656.
— W., Blasenbildung bei Syringomyelie 1095.
Fischl, Rudolf, Zur Klinik d. Masernexanthems 1367.
— Scharlachfragen 1364.
Fisher, Edward D., Paralyse, Tabes u. Syphilis des Nervensystems 1174.
— Mulford K., Röntgentherapie der Akne vulgaris 1419.
Fittipaldi, Hugo, Neue Methode zum Nachweis d. Albumosen im Harn 994.
Flatau, G., Üb. Chorea luetica 1699.
Fléig (Montpillon), Künstliche und medikamentöse Sera 1114.
Fleischmann, M., Fall v. Pharynxtuberkulose mit Lues (?) kompliziert u. m. Salvarsan behdlt. 1167.
Florence s. Courmont, J.
Flu, P. C., Die Ätiologie des Granuloma venereum 1221.
Flurian, A. H. L., Beitrag zur Kenntnis d. Brusttumoren b. Manne 868.
Fluß, K., s. Nobl, G.
*Foeckler, Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhöe 1395.
Foerster, A., Verwendung v. Salvarsan zur Behandlung der Syphilis 1164.
Foix, Charles, s. Bloch, Marcell, Diagnose der zerebrospinalen Meningitis mit den Hilfsmitteln des Laboratoriums 1530.
*Fontana, Artur, Verfahren zur intensiven u. raschen Färbg. des Treponema pallidum und anderer Spirochäten 1003.
Fordyce, John A., Berufserkrankungen der Haut 1340.
— Die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis 1715.
— Wm., Völliger Mangel der Vagina 1814.
Fornaca, Die endovenöse Medikation 1278.
Fortineau (Nantes), Exper. Untersugen üb. d. Antagonismus des Milzbrandbazillus u. d. B. pyocyaneus. Bhdlg. d. Milzbrandes mit Pyozyanein 1746.
Fosten, George B., u. Thearle, William H., Über Haut-Sporotrichosis 1738.
Foulerton, A. G. R., Üb. das Wesen der Parasiten der Lepra und der Tuberkulose 1392.
Fouquet, Ch., Die sexuelle Abstinenz bei Frauen 1814.
Fournié, Raoul, Beitrg. z. Kenntnis d. Blutes u. d. Nebennieren beim exanthematischen Typhus 1391.
Fournier, E., Die Gefahren der Erbsyphilis der 2. Generation 1456.
— François, Ein neuer Fall von syphlit. Reinfektion n. Salvarsan 1335.
Fowler, Einfache Methode der Salvarsananwendung 1626.
Fox, Colcott 852, 1115.
— Howard, Kreisförmige Läsionen früher Syphilis beim Neger 1095.
— Erfahrungen mit Noguchis Luetinreaktion 1360.
— Der Wert des Quecksilbers und Salvarsans vom serolog. Standpunkt aus 1708.
— W., Fall z. Diagnostizieren 920.
— Fall v. Pseudo-Pelade 1252.
Fränkel, Eugen, Üb. die Menschenpathogenität des Bacillus pyocyaneus 1612.
Francioni, M., Üb. die Bedeutg. der Lues bei der Pathogenese verschiedener Kinderkrankheiten, auf Grund der Wassermann-Reaktion 1684.
François (Antwerpen), Die physikal. Behandlungsmethoden d. Lupus vulgaris 1676.
François-Dainville s. Hallopeau, H.
Françon s. Brocq, Lesné.
Frank, A., Die histogenet. Ableitung der Hodentumoren 959.
— E. R. W., Üb. die Einwirkung des

Digitized by Google

Hexal (sulfosalizyls. Hexamethylentetramin) auf die Infektion der Harnwege 1786.
Franke, C., Üb. die Koliinfektion der Harnwege 929.
*— Felix, Das Pinselhaar, Thysanothrix 1269.
Frankl-Hochwart 937.
Franzoni, A., Einfluß der Sonnenstrahlen auf tuberkul. Sequester 1674.
Frede, Hans, u. Bruening, Walter, Vorschläge zu einer sittenärztl. Statistik m. bes. Berücksichtgg. d. Berliner sittenpoliz. Verhältnisse 1095.
French, H. C., Neuzeitl. Fortschritte in der Erkennung, Behandlung und Verhütung der Syphilis, „Hunterian Lectures" 1045.
— Syphilit. Lungenaffektionen und Immunität bei eingesessenen Stämmen 1509.
— Der Äthylchloridstrahl bei venerischen Geschwüren 1749.
Freshwater, D., Die Verabreichung v. Quecksilber, einige weniger gebräuchliche Methoden der Syphilisbehandlung 1705.
Fresnél, André, Über die elast. Kompression n. Bruandet in d. ambul. Bhdlg. variköser Geschwüre 895.
Freuder, Koloman, Zur Lokalisation des Ulcus cruris varicosum 1768.
Freund, Leopold, Physiol. u. therapeut. Studien über die Lichtwirkung auf die Haut 1276.
— W. A., Zur Karzinombehandlung 1756.
Freyer, W., Prostituiertenehen 1202.
Freytag, Gustav, Beiträge z. Kenntnis der Färbemethoden des leprösen Gewebes 1393.
Frick, William, Ungewöhnl. Fall v. erweiterten Kapillaren 1133.
Frieboes, W., s. Hoffmann, Erich.
Friedberg, J., Fall von Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica 1592.
Friedel, Operation, Behandlung der Varizen, Elefantiasis u. Ulcus cruris 893.
Friedenthal, Z. Technik d. Haarkleides u. d. Haare der Säugetiere 1222.
Friedländer (Frankfurt a. M.), Üb. die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems 1700.
— David, Kohlensäureschneebehandlg. b. Blutgefäßgeschwülsten d. Haut 887.
— M., Maculae atrophicae cutis 1588.
— Papulo-pustulöses Syphilid 1588, ferner 857.
— Wilhelm, Über Keratoma palmare u. über Vitiligo 900.
— Chron. Thoriumdermatitis 1095, ferner 858.
Fries s. Jundell.
Frisch, A. v., Hämaturie bei Appendizitis 998.
Froehlich, A., u. Meyer, H. H., Die sensible Innervat. v. Darm u. Harnblase 938, ferner 937.
Frölich, Th., Exper. Untersuchungen über den infantilen Skorbut 1644.
— s. Holst, Axel.
Fromholdt, G., u. Nersessoff, N., Beiträge zur Urobilinfrage 1811.
Fromm, E., Üb. eine Pockenepidemie in Frankfurt a. M. und die impfgegnerischen Bestrebungen 1660.
Frühwald, Richard, Zur Frage der Infektiosität des Blutes Syphilitischer 1453.
— s. auch Zaloziecki, Alex.
Fülleborn u. Werner, Üb. Salvarsanwirkung bei Bilharziose nebst Bemerkungen über das Ausschlüpfen der Mirazidien 925.
Fürer (Haus Rochenau), Lokale Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion 1646.
Fürst, V., Weitere Beiträge zur Ätiologie des experim. Skorbuts des Meerschweinchens 1643.
Fürth (Tsingtau), Neuere Untersuchungen über Fleckfieber 1663.
— Die Fleckfiebererkrankungen des Frühjahres 1911 in Tsingtau und Untersuchungen über den Erreger des Fleckfiebers 1664.
Füssengluth, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Prostataatrophie 1804.
Fujinami, Koichi, Neue Methode f. d. Therapie d. Lupus d. Kehlkopfes mittels Finsenlampe (Parallelstrahlenbehandlung) 1095.
Fujitani, Y., s. Watanabe, S.
Fulci, Francesco, Die syphilit. gelappte Niere 1692.
Fuller, Eugene, Sexuelle Störungen b. Manne in klin. Betrchtg. 956.
— Z. Behdlg. des blennorrh. Rheumatismus 1822.
Fullerton, Andrew, Operationsmethoden für variköse Venen 1769.
— Operationsmethoden bei Blasentumoren 1794.
— William, D., Hexamethylentetramin. Ber. üb. ein. s. Anwendg. folg. Fall v. Arzneizystitis 955.
Fulton, J. A., Üb. d. Verwendg. bestimmter Temperaturen i. d. Therapie u. üb. die Zerstörung. d. Gonokokken 1277.
Funel, Paul, Wirkung der elektr. kolloiden Metalle auf die Syphilis 1138.

Digitized by Google

Le Fur, René, Impotenz und ihre Behandlung 1263, 1333.
— Die Behandlung der Genital- u. Urogenitaltuberkulose 1264.
— Syphilit. Hämaturie bei Syphilis der Prostata und der Blase 1334.

Gachon, E., Morbus Werlhof b. Kinde 1338.
Gaillard, A. J., Epithelien im Urin und ihre Differenzierung als Mittel z. korrekten Diagnose 992.
— Die mikroskop. Urinuntersuchg. als diagnost. Hilfsmittel 1035.
— Philippe, Üb. die Venensyphilis m. bes. Berücksichtg. d. Phlebitis syphil. praecox d. oberflächl. Extremitätenvenen 1169.
Gaillardet, B., s. Legueu, F.
Galewsky, E., Erythrodermia congenit. ichthyosiformis 1095, ferner 1116.
Galimberti, A., Salvarsan bei den papulösen Formen der Syphilis 1192, 1312.
Gallais, A., Der genito-suprarenale Symptomenkomplex 1783.
Galland, F., Eine einfache Form der Phimosenoperation 1787.
Gallavardin, L. u. Delachanal, Akutes angioneurotisches Ödem im Verlauf eines blennorrh. Rheumatismus 1319.
— Croisier, L., u. Rey, C., Endocarditis blenorrhagica 1818.
Galliard (Paris), Über Magensyphilis 1110.
Galli, Valerio B., Beobachtungen üb. die Vakzinekörperchen 1391.
Gallet, F., Feste Kohlensäure in der dermatologischen Therapie 1280.
Galloway 1116.
Ganduchan s. Declon 1630.
Gangolphe, Michel, Prähistorische Knochensyphilis 1679.
Gardère s. Weill.
Gardiner, Frederick, Vorläuf. Mitteilung. üb. d. Durchdringungsvermögen einiger Salbengrundlagen 1278.
— Seifen und ihre Wirkung auf die Haut 1617.
Gardner, Texton E., Spez. Übersicht über Salvarsan 1134.
— James, A., D. Indikat. d. Prostatektomie u. d. Vorteile d. suprapub. Methode 969.
— S. J., u. Cummins, W. T., Prostatakarzinom bei einem Jüngling 1803.
Gargiulo, G., Üb. e. Fall v. latenter Lues m. Symptomenkomplex gummöser bzw. endart. Gehirnläsionen 1170.
Garibaldi, G., Lupus und Epitheliom 1192, 1312.
— Syphilis und Epitheliom 1192, 1312.
Garin, Ramon, Hegonon, ein neues Antiblennorrhoikum 1043.
Gassier s. Barbier.
Gastinel s. Besançon.
Gaston, Die Wahl des Lösungsmittels f. Neosalvarsan 1068.
— Injektionen von Neosalvarsan 1068.
— u. Bonneau, Pannaritium sporotrichoticum 1068.
— u. Rosenthal, Entwicklungsstörg. d. Binde- u. Knochengewebes. Schlaffer Nävus 1068.
Gaté, J., s. Nicolas, J.
Gaucher, Neue Unfälle n. Salvarsan 1100.
— Todesfälle durch Salvarsan 1198.
— Mißbildungen der Zähne bei Erbsyphilis 1408.
— Vortrag über die Behandlung der Syphilis 1535, 1705.
— Indikationen und Gegenindikationen des Jodkaliums in der Syphilistherapie 1558.
— Ätiologie u. Symptom der Psoriasis 1731, ferner 1112.
— Bricout und Meaux-Saint-Marc, Keratosis plant. unilateral. syphilit. 1065.
— u. Desmoulière, Über den Cholesteringehalt d. Blutserums Syphilitischer 1259, 1454.
— u. Giroux, Hautsyphilide 50 Jahre n. Primäraffekt 1067.
— — u. Brin, Fall von periungualem Schanker 1409.
— — u. Ickball, Syph. Primäraffekt d. Nase 1256.
— Gougerot u. Meaux-Saint-Marc, Lymphangitis nodularis durch den Ducreyschen Baz. verursacht 1066.
— — — Erbsyphilis 1066.
— — — Familiärer peripilärer Nävus 1066.
— — — Lupus sclerosus des Gesichts u. d. Hände. Epitheliom auf Lupus 1067.
— — — Rezid. Duhringsche Krankheit mit Symblepharon u. Blindheit 1255.
— — — Ekzem d. Gesichts u. Konjunktivitis ekzemat. nach Chinin 1255.
— — — Ostitis d. Unterkiefers b. einem Tabetiker 1256.
— u. Guggenheim, Prognose d. Hörstörungen, d. dch. Hektin verursacht sind 1285.

Digitized by Google

Gaucher, Maux-Saint-Mare u. Bourdeaux, Fall von hereditärer Syphilis 1257.
— Ph., Die Gefahren des Salvarsans bei syphilit. Affektionen 1197.
Gaujoux, Em., Das aphthöse Fieber beim Menschen 1734.
Gauthier, Ch. L., s. Tixier, L.
Gautier, Pierre, Notiz über 150 Fälle von Skarlatina, welche in der Kinderklinik von Genf beobachtet wurden 1652.
Gavini, Wert d. Methode v. Noguchi als Modif. u. Vereinfachg. d. Origin.-Wasserm.-Reakt. zur Diagnose d. Syphilis 1077.
Gayet, Rachianästhesie m. Novokain in der Urologie 1334.
— G., Orthopädische Resektion des Nierenbeckens bei Hydronephrose mit intermittierenden Krisen. Resultate n. 2 Jahren 865.
Gazeau, Alfred, Röteln und Tuberkulose. Tuberkulinreaktionen 1368.
Gaztelu, Teodoro, Fall von lokal. Asphyxie mit Hochfrequenz geheilt 1338.
Gebb (Rostock), Gibt es eine toxische Wirkg. des Salvarsans auf das papillomakuläre Bündel? 1691.
Geber, Hans, Über das Wesen der idiopathischen Erytheme 1445.
— Favus bei Neugeborenen 1591.
— Üb. die Entstehung des Leukoderma syphiliticum 1594.
Geisse, A., s. Küster.
Gelinsky (Berlin), Hyperämie oder Lymphstauung? 1616.
Gennerich, W., Klin. Beitrge. z. Kollargolbehdlg. des Tripperrheumatismus u. anderer akut. Folgezustände des Trippers 1043.
— Die Praxis der Salvarsanbehdlg. 1409.
— Beitrg. z. Ätiologie d. Neurorezidive u. zur Neosalvarsanbhdlg. 1724.
Genswein, Fr., Spontanes Verschwinden flacher Warzen an der einen Hand nach Abtragung solcher der anderen Hand 870.
Gentilhe, F. A. A., Behdlg. d. blennorrh. Arthritis durch Punktion u. Spülung mit heißem Wasser 1024.
Gentili, Attilio, s. Serra, Alberto.
Gérard s. Lesné.
Gerber (Königsberg), Üb. Spirochäten u. Spirochätosen d. oberen Luft- u. Verdauungswege 1226.
— Lupusbekämpfung und Nasenvorhof 1418.
— Üb. Wissen u. Nichtwissen von der Plaut-Vincentschen Angina 1744.
Gerlóczy, S., Die Behandlung des Scharlachs mit Dioradin Nr. 3 1366.
Gery, Louis, s. Salimbeni, A. T.
Geyerman, P. T., Behandlung der Pyelitis 1331.
Ghezzi, C., Z. Histologie u. Bakteriologie des Leichentuberkels 1388.
Giani, Emilio, Wirkg. des Quecksilbers u. seiner Salze auf die Parotisdrüse 1625.
Gibbons, R. E., Vorlesung über Pruritus vulvae 1001.
— Üb. Pruritus vulvae. Ätiologie und Therapie 1774.
Gibson, C. L., Äußere Urethrotomie 936.
van Gieson, Ira, Irrtümer beim Nachweis d. Gonokokken bei Vaginitis d. Kinder 1019.
Giimour, J. A., Bericht über einen Fall von kongenitalem kavernösem Angiom des Nackens 869.
Gills, Armstad, Die Behdlg. der Beingeschwüre mit Heftpflasterstreifen 895.
Giordano, Anurie bei Solitärniere 1073.
Giorgi 1236.
*Giovannini, Sebastiano, In ihrem Inneren eine Talgdrüse enthaltende Haare des Kinnes 1387, *1235.
Girard (Toulon), Syphilit. Schanker der Harnröhrenöffng. u. Harnröhre nebst einem Fall v. gleichzeitig bestehendem Tripper 1012.
Girard, Henri Jacques 1394.
Giraud (Paris) s. Milian.
Girauld u. Tissier, Reaktivierung der Wasserm.-Reaktion bei latenter Syphil. 1486.
Giroux s. Gaucher, ferner 1112.
Gittings, F. C. B., Syphilitische Reinfektion 1047.
Giuliani, Einige histol. Befunde in mit Kohlensäureschnee behandelten Fällen von Lupus vulgaris 1330.
Glynn, E. G., s. Phillips, M.
Goelet, Augustin H., Bedeutung des Fluor albus 1013.
Goetsch, Emil, Fall v. Syphilis der Trachea u. der Bronchien 1107.
Goetzl, Alfred, Beitrag z. Kenntnis d. Hämatoporphyrinurie bei der Bleivergiftung 998.
Goldberg, Befund massenhafter Körnchenkugeln im Prostatasekret 1074.
Goldberg, Berthold, Über Erkennung u. Behandlung der Blasensteine 952.
*— Lydia, Über die Entstehung von Herzklappenfehlern u. Aortenaneurysmen durch Syphilis 1539.
Goldmann, Edwin E., Nachbehdlg. d. suprapub. Prostatektomie 990.
— J., Beiderseitige Fazialis-Akustikus-

Digitized by Google

(Kochlearis- u. Vestibularis-) Lähmung nach Salvarsan 1199.
Goldreich, Arthur, Narben bei Lues hereditaria 1455.
Goldscheider, Beiträge z. Lehre von der Hautsensibilität 1225, 1601.
Goldzieher, W., Behdlg. d. Conjunctivitis blennorrh. mit strömendem Wasserdampf 1025.
— Über eine neue Behdlgsmethode der akuten Konjunktivalblennorrhöe 1025.
— Salvarsanfälle 1710.
Golla, F. L., u. Rolleston, H. D., Grünfärbung des Urins durch Geheimmittelpillen 1002.
Golodetz, L., Chemie u. Pharmakologie der kosmetischen Stoffe 1616.
Golubinin, L., Einige Fälle von Salvarsananwendung in der inneren Medizin 1628.
Gonder, Richard, Schädigende Einflüsse auf Salvarsan u. Arsenophenylglyzin 1283.
Gonzales Bravo, Luis, Behdlg. der chron. Urethritiden 934.
Goodridge, M., s. Meara, F. S.
Gordon, W. H., s. Kennard, D.
Goronzek, Leopold, Über Tätowierung. bei Soldaten 1775.
Gosio s. Antonini.
Goto, S., Beitrag z. erworb. Syphilis der Ileozökalgegend 1110.
Gottheil, William S., Karzinomatöse Degeneration chron. Unterschenkelgeschwüre 1754.
Gougerot, H., Die verspätet ausbrechde. Syphilis 1454.
— Syphilis und Karzinom 1506.
— u. Laroche, Ätiologie u. Pathogenie der Hauttuberkulide; die experiment. Tuberkulide 1677.
— siehe de Beurmann, Gaucher, Balzer, F.
Gouget u. Thibaut, Addisonähnliche Form des Magenkarzinoms 874.
— A., Die Alkaptonurie 1809.
— Die Hämaturien, inf. Erkrankung der Umgebung 1809.
Gouhut, Maurice, Über die Anwendg. der heißen Luft in der Behdlg. der Erkrankungen der männl. u. weibl. Urogenitalorgane 928.
Gouin, Jean, Nackenkeloid 872.
Gouralska, Hans, Die Serumeruption und das Chlorkalzium 1318.
Goyet s. Weill.
Da Gradi u. Trevisan, Die Hochfrequenzströme in d. Dermatol. 1620.
Gradwohl, R. B. H., Untersuchgn. üb. blennorrhoische Komplementbindungsreaktion 1034.
Gradwohl, R. B. H., Die Luetinprobe für Syphilis 1483.
— u. Griest, Joseph P., Intravenöse Salvarsaninfusion 1331.
Grafe, E., Zur Kenntnis der paroxymal. Hämoglobinurie 999.
Graham, Harkness J., Nervensyphilis im Frühstadium 1171.
— James M., Fall von Reinfektion mit Syphilis 1505.
— Little 1116.
Grandjean, A., 2 Fälle von Blasenausschabung per vias naturales wegen Verkalkung der Blasenwände 1011.
Granjux, Statistik d. Syphilis in den Armeekorps 1044.
— Die Resultate d. antivenerischen Prophylaxe i. d. amerikanischen Armee 1606.
Grant, J. W. G., Die Erzeugung von akuter Epididymitis durch Muskelzerrung 1799.
Gravagna, A., Wassermannreaktion bei ignorierter Syphilis 1057.
Graves, W. W., Zur klinischen Diagnose der Syphilis 1679.
Gravier, Diffuses Angiom am Halse 1764.
Gray, M. H., Ulcus rodens, auf einem Psoriasisherd in der Glutäalfalte entstanden 1359.
Greenberg, Geza, Chron. Harnröhrenjucken 934.
Gregersen 1116.
Grégoire, Raymond, Hydronephrose einer Hufeisenniere. Ureteropexie. Heilung 865.
— Hydronephrose m. intermitt. Retention 1261.
Greil, Alfred, Über allgemeine Richtlinien des Entwicklungs- und Vererbungsproblems 1608.
Gries, Walter, Senile Hypertrophie der Prostata 888.
Griest, Joseph P., s. Gradwohl, R. B. H.
Griffith, F. Webb, Wert d. Zystoskopie bei chirurg. Erkrankgn. d. Niere 999.
Grigorjew, Fall von epileptiformen Anfällen nach Salvarsan 985.
Grillo, Umberto, u. Maj, Emilio, Einige therapeut. Erfahrungen bei Pellagra mit dem organomineralischen, radioaktiven Serum von Dr. Jean Nicolaidi 1317.
Grintschar, Th., s. Bogrow, S.
Grisel, P., Behdlg. der Phimosis beim Kind 1787.
Grodall, E. W., Fall von Ausschlag durch Jodeisen 1252.
Grön, K., Melanodermie nach Salvarsanspätdermatitis 1768.

Digitized by Google

Grönholm, V., Finsentherapie bei Trachom 1038.
Gross, Erwin, Drei Fälle von Akromegalie mit radiographischem Nachweis von Veränderungen an der Sella turcica 871.
Grossmann, Julius, Ein Fall von Ikterus nach Salvarsan 1167.
Groß, Siegfried 1426.
Grote, Louis R., Die path. Anatomie d. Arsenvergiftung 1281.
Grouven, C., Therapie des Pemphigus chron. 1096.
Grubenmann, Ida, Eine sagittale Verdoppelung der weibl. Harnröhre 1016.
Gruber, G. B., Üb. Untersuchgn. mittels der Wasserm.-Reakt. an der Leiche 1345, 1685.
Grünberg, Julius, Etwas über den heutigen Stand d. Salvarsanfrage 1710.
— Kurzer Bericht üb. 8 mit Neosalvarsan (914) behandelte Fälle 1725.
— Zur Kasuistik der Salvarsanwirkung bei malignen Tumoren 1752.
Grünfeld (Odessa), Über Neosalvarsan 1632, 1721.
Gruget, A., Momentaner Stand d. Technik d. hypogastrischen Prostatektomie 1805.
— Narkose und Albuminurie 995.
Gubb, Alfred S., Salvarsan bei d. Therapie des Anthrax 1746.
Guédeney, G., Orthostatische Albuminurie und Zyanose 996.
Gueguen, Neue Applikationen des Gomenols 1285.
Gueit, C., Erythema nodosum und Syphilis 1649.
Guéniot, Henri, „Essai" über Parasitenwanderungen b. Dermatosen 1273.
Günther, Gustav, Schweinerotlauf beim Menschen. Gleichzeitig ein Beitrag z. Erysipeloidfrage 1744.
— H., Fall von Leberzirrhose b. Erwachsenen auf Grund kongenit. Lues 1112.
Guépin, A., Belladonnaextrakt b. Harnleiden 1037.
Guerrin, René, Über die Behdlg. der Leukoplakie mit Salvarsan 1734.
Guggenheim (Paris) s. Gaucher.
Guidone, P., Drei bei latenter u. ignorierter Lues wichtige Symptome 1137.
Guild, William A., Epitheliom der Zunge 1331.
Guillaumin, Ch. Ovide, s. Carrion, H.
Guillon, A., Lepra, Lepröse und Leprahеime in Französ.-Guyana 1912, 860.
Guilmain, L., Vergleich des klin. Wertes der Reaktionen v. Porges und v. Wassermann bei der Diagnose d. Syphilis 1077.
Guisy, Fernkomplikationen bei transvesik. u. perin. Prostatektomien. Präu. postoperative Geistesstörungen 1073.
Guldjoglou, Alexandre, Miktionsstörungen in der Geburtshilfe 1261.
Gunn, L. G., Fäden im klaren Urin 1807.
Gurari, Die Auflösung des Salvarsans für intravenöse Injektionen 1569.
Gurbski, Stanislaw, Weitere Versuche üb. Anwendg. von Azodermin, der modifizierten Scharlachrotsalbe 1634.
Guszmann, Josef, Die frühzeitigen syphilit. Erkrankgn. d. Nebenhodens 1112.
— Die Bedeutg. der Laboratorienuntersuchungen in der Diagnose u. Therapie der Syphilis 1682.
— Polyarthritis syphilit. acuta 1694, ferner 1002.
Guth, H., Über einen ungewöhnl. Fall von Papillomata accuminata 1762.
Gutmann, C., Über Neosalvarsan 1569.
Guyonnaud, Léopold, Herzsyphilis 1136.

Haas, S. V., Behdlg. der Mutter mit Sublimat zur Beeinflussung von Ernährungsstörgn. des Säuglings 1706.
Haberen, Jonathan Paul, Krebsbildung und Hodenverletzung 959.
v. Haberer, Hans, Fall von Röntgenkarzinom 1756.
Haccius, Alexander, Beiträge zur Salvarsanbehandlung d. Syphilis 1714.
Hadengue, M. P., Über die radiotherap. Behdlg. d. einfach. u. parasit. Sykosen 1422.
Hädicke, Georg, Die Stellung des Allosans in der Reihe d. int. Antiblennorrhoika 1044.
Hagen, Alfred, Über den Einfluß im Blut kreisender Tuberkulosegiftstoffe auf den Verlauf tuberkul. Exantheme mit bes. Berücksichtg. eines eigenart. Falles v. sog. Tuberkulid 1413.
Hagner, F. M., Gonokokkeninfektion d. Niere 1021.
Hahn, Richard, Über hämorrhag. Nephritis bei heredit. Syphilis 1110.
Hainiss, G., Syphilis im Kindesalter 1690.
Halban 1323.
*Halberstädter, L., Verschwinden sämtl. Warzen nach Röntgenbehdlg. einer kleinen Anzahl derselben 1522.
— u. v. Prowazek, S., Experim. Untersuchgn. üb. d. Vakzine d. Affen 1390.

Digitized by Google

Hall, H. C., Hodenatrophie nach Parotitis epidem. 961.
— Fall v. „Röhrentuberkulose" d. Leber, wahrscheinlich mit Syphilis kombiniert 1112.
Halle, A., Beitrag z. Behdlg. umschriebener Hautaffektionen mit Kohlensäureschnee 1096.
Hallé, Papulo-tuberkulöse Bromide 1342.
Hallenberger (Buea), Beitrag z. Behandl. des Ulcus tropicum mit Salvarsan 1748.
Hallion, A. L., u. Bauer, Anwendung der Wasserm.-Reakt. mit inakt. und nichtinakt. Serum 1068.
Hallopeau, H., Betrachtgn. üb. Abortivbehdlg. der Syphilis 1096.
— und François-Dainville, Enormer Primäraffekt der Oberlippe 1256.
Halpern, Kurzer Überblick über 516 Fälle von Salvarsananwendung 1561.
Hamann, Otto, Lepraliteratur für die Jahre 1910 und 1911 861.
Hamburger, Franz, Zur Kenntnis der lordotischen Albuminurie 996.
Hamel (Berlin), Die Hauttuberkulose u. ihre Bekämpfung 1671.
Hammer, F., Todesfall n. Salvarsan 1719.
Hamon, E., Beitrag z. Kenntnis d. total. Resektion der varikösen Saphenen 893.
— Marcel, Iritis blennorrhagica 1038.
Hampel, F., Angina u. Scharlach 1653.
Hampster, Charles M., Syphilis 1332.
Haneless, Salvarsan in der Landpraxis 1628.
Hansell, Howard F., Fall v. Oedema orbitalis als Sekundärerscheinung von Gesichtsdermatitis 1744.
Hansen (Hadersleben), Entstehung von Panaritien 1740.
Harbitz, Francis, Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva 871.
Hardaway, Behdlg. einiger Hautkrankheiten 1615.
Harris, J. D., Behdlg. der Alopezie mittels des ultravioletten Lichtes 1773.
— M. L., Perizystitis 955.
Hartzell, M. B., Erythema ab igne 1360.
— Eine Epidemie von Molloscum contagiosum 1766.
Hastreiter, J., Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte 1450.
Hauptmann, Alfred, Serolog. Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker 1172.
v. Hausemann, D., Kurze Bemerkgn. über die Leydigschen Zwischenzellen des Hodens 1798.
Hausmann, Theodor, Die syphilit. Tumoren des Magens und sonstige syphilit. Tumoren d. Oberbauchgegend und ihre Diagnostizierbarkeit 1512.
Hausmann, Theodor, Magensyphilis 1512.
Havas, Adolf, Syphilis der Haut und Schleimhäute 1104.
— Eine neue Haareinpflanzungsmethode 1190.
— Congelatio escharotica 1644.
— Lupus vulgaris universalis 1675.
— Favus corporis 1737.
— Psorospermosis vegetans „Darier" 1760.
Hawkins, John A., Zur Behdlg. der Krankheit. d. hinteren Harnröhre 933.
Haynes, R. S., Die Verhütung der bekannteren ansteckenden Kinderkrankheiten 1651.
Hayward, E., s. Schmieden, V.
Hazen, H. H., Vergleich v. Pemphigus foliaceus u. Dermatitis exfol. neonat. (Ritter) mit Bemerkgn. üb. d. Ätiologie 1132.
Hecht u. Klausner (Prag), Neuere Blennorrhöebehandlung 1043.
Heckwolf, Franz, Ein Fall von Tabes dorsalis mit Gravidität 1700.
Heddaeus (Heidelberg), Über die Behandl. großer Karbunkel durch Zirkumzision 1740.
Hedges, D., Kontaktinfektion bei ansteckenden Krankheiten 1652.
Heidenhain, A., Sexuelle Belehrung der aus der Volksschule entlassenen Mädchen 1514.
Heidinger, Ernst, Gutartiges Epitheliom der behaarten Kopfhaut (sog. Adenoma sebaceum) 870.
Heidingsfeld, M. L., Fibroma subcutis 1133.
— Salvarsan und die Wasserm. Reakt. bei Syphilis, eine serolog. Studie v. 474 Injekt. bei 416 Fällen 1563.
— Soll die sexuelle Hygiene in den öffentl. Schulen gelehrt werden 1605, ferner 1385.
*Heim, Gustav, Unbewußte Gonorrhöe trotz Striktur und doppelseitiger Epididymitis 1585.
— P., Herpes Zoster und Varizellen 1647.
Heimann, Pauline, Üb. Jod- und Chlorausscheidungen bei Verabreichg. v. Jodpräparaten 993.
Heinrichs, Julius, Entstehung d. Ulcus cruris varicosum in Abhängigkeit v. Stauung im Gebiete d. Vena fem. 894.
Heitz-Boyer, Maurice, Pseudoheilung der Nierentuberkulose durch das konservative Verfahren 1448.
— Nephritis traumatica 1448.
— 1394.

Digitized by Google

Hell, Ferdinand, s. Herxheimer, K.
Heller, Felix, 855.
— Julius, Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Zur Pathogenese der Onycholysis 1089.
— Üb. Esthiomène 1096.
Hendrix, Fall v. symmetr. Gangrän d. 4 Extrem. b. e. 6j. Kinde 897.
Henneberg, Zur Morphogenese des Phallus 1787.
Henry, Flecktyphus im Gefängnisse v. Djebel Djougar 1664.
— Paul, Üb. die Keratosis plantaris syphilitica 1105.
— Robert, Klin. Resultate d. perineal. Prostatektomie mit lateraler Inzision (Methode v. Wilms) 991.
Hepner, Gertrud, Üb. d. eitrig. Erkrankgn. d. Harnwege bei männlichen Säuglingen 928.
Herbert, Henry, Hyperhidrosis mit kontinuierl. Fieber 922.
Herbsmann, Salvarsan u. Neosalvarsan 1631.
Hercz, Ludwig, s. Blumenthal, Fr.
Herescu, P., Die entfernten Resultate d. Prostatektomie 991.
— 938.
Herff, Otto v., Das „schneckenförmige Häkchen" 953.
Herpster, Charles Melvin, Hygrom d. Testikels 1258.
Hersfeld, A., Natriumperborat i. d. Behdlg. d. diabet. Gangrän 898.
Hervier, F. F. H., Üb. d. Einfluß v. Blasentumoren a. d. Niere u. bes. üb. die Anurie im Gefolge d. Neubildgn. d. Harnblase 938.
Herxheimer, Karl, Klin. Beitrag z. Entstehgsweise d. Lichen ruber planus 1096.
— Üb. die gewerbl. Erkrankgn. d. Haut 1339.
— u. Altmann, K., Die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut 1362.
— u. Hell, Ferdinand, Beitrg. zur Kenntnis d. Pseudoxanthoma elasticum 1188.
Herzen, P., Üb. intraperiton. Harnblasenrupturen 954.
Herzfeld, Morbus Pageti 868.
*Hesse, E., Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutg. f. d. Infektionen der Urethra 1384, *1500.
— Erich, u. Schaack, Wilhelm, Die saphenofemorale Anastomose, eine Überpflanzung der Vena saphena in die Vena femoralis mittels Gefäßnaht als operative Behandlungsmethode bei Varizen 893.
Heuck, Wilhelm, Über Granuloma pediculatum (sog. menschliche Botryomykose) 858.
— Neosalvarsan 1475.
— Bhdlg. von Hautkrankheiten mit Menschenserum 1476.
— Lymphogranulomatosis cutis nodularis bei ausgebildeter Lupuserkrankg. 1096, ferner 1477.
Heulz, Kongenit. Pemphigus m. Epidermiszysten 1256.
Heuss, Ernst, 1289.
Heyd, C. G., s. Coffen, T. H.
Hilgermann, Robert, Wassermannreaktion nach Bleiintoxikation 1053.
Hill, H., Vitiligo, nebst Bericht über einen Fall, der 2 W. nach einem Scharlach auftrat 1774.
Hillenberg (Zeitz), Einige Erfahrgn. bei d. diesjähr. Impfgeschäft 1662.
Hirondel, Henri L., Bhdlg. d. spitzen Kondylome d. äußeren Genitalien mit negativer Elektrolyse 1762.
Hiroola, M., Hemiatrophia facialis progressiva 1390.
Hirsch, Ada, s. Bauer, Richard.
— C., Syphilis der Schrumpfniere 1511.
— E., Zur Kasuistik des Morbus Recklinghausen im Kindesalter 873.
— F., 2 Todesfälle n. Salvarsan 1720.
Hirschberg, Matthias, Innere Ursachen bei Hautkrankheiten 1609.
Hirschfeld, Magnus, u. Burchard, Ernst, Spermasekretion a. d. Harnröhre eines Weibes. Mann m. vollk. weibl. äuß. Genitalien 927.
Hirth, Georg, Parerga z. Elektrolytkreislauf 1265.
Hlava, J., Über Flecktyphus 1665.
Hoag, Ward Bryant, Kongenitale Syphilis 888.
Hochsinger, Karl, 1458.
Hock, A., Z. Ätiologie d. Prostatahypertrophie und ihrer Behandlung m. Röntgenbestrahlg. d. Hoden 967.
*Hodara, Menahem, Ein Fall von Parakeratosis variegata (Unna) Exanthema psoriasiforme lichenoides (Jadassohn) Parapsoriasis en gouttes (Brocq) 848, 877.
*— Einige bewährte Rezeptformeln 1329.
*— Histologische Untersuchungen in zwei Fällen von papulonekrotischen Tuberkuliden 1515.
— Fall von Gonokokkämie und generalisiertem blennorrh. Exanthem 1817.
Höhne, O., Z. Kasuistik d. Fremdkörper i. d. Blase d. Frau 953.
Hölscher, Ernst, Die Bedeutg. der Syphilis für die Augenkrankheiten auf Grund von 150 Beobachtungen 1512.

Digitized by Google

Hoffmann 1236.
— C. A., Lupoide Einlagerungen bei Lupus erytematodes 1097.
— Erich, Beitr. z. Frage des akut. nodösen Syphilids (Erythema nodosum syph.) 1097.
— Epidermolysis bullosa heriditaria 1651.
— u. Frieboes, W., Beitrg. z. Histopathologie des Herpes zoster 1097.
— ferner 1384, 1385.
Hoffmann, Erich, Über Primäraffekte der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und ihre Diagnose 1680.
— H., Bedeutg. d. Röntgenstrahlen für die Urologie 1785.
— J., Über syphilit. Polyneuritis 1533.
Hofstaetter, R., Pituitrin als Blasentonikum 937.
Hogge 938.
Hohlweg (Gießen), Diagnose u. Therapie d. Nierentuberkulose 1001.
Hoke, E., u. Rihl, J., Die Toxizität d. Salvarsans b. intravenöser Einverleibg. nach Versuchen am Hund u. Kaninchen 1283.
Holcomb, Venerische Prophylaxe 1606.
Hollande, Fernand, Über allgem. Haarausfall 921.
Hollmann, Harry T., s. Currie, Donald, H.
Holst, Axel, u. Fröhlich, Th., Über experimentellen Skorbut 1644.
*Holzhäuser (Metz), Ein Beitrg. z. Abortivbehandlung d. Syphilis mit Salvarsan 1328.
Homburg, Alex, Z. Diagnose u. Therapie d. Nieren- u. Blasentuberkulose 1000.
Homma, Sh. Über Cowperitis gonorrhoica, spez. über ihren Ausgang in akuten Abszeß 864.
Hommura (Formosa), Üb. d. Reaktion d. Syphilitiker auf Quecksilber- und Salvarsaninjektionen 1099.
van Hook, Weller, Die Prostatektomie in ihrer heutigen Gestalt 1805.
Hopf, L. 1323.
Horand, René, Fall von Lepra 1666.
— Schwere Pelade, mit ultravioletten Strahlen bhdlt. 1773.
Horbaczewski, J., Exper. Beitrge. zur Kenntnis der Ätiologie der Pellagra 1637.
Hornstein, Z., Üb. d. diagnost. Wert d. Wasserm.-Reakt. 1056.
Horowitz, Philipp, Einwirkg. von Milchsäurebazillen a. d. Zuckergehalt d. Urins b. Diabetikern 997.
Horta, Paulo, Üb. eine neue Form v. Piedra 921.
Huchinson, J., Diffuses Lipom und Tiere; Lipoma pubicum beim Menschen und Lipomata nuchae beim Menschen und bei Tieren 871.
Huck, Eugène, Untersuchgn. üb. die viszerale Atrophie bei der Pellagra 1317.
Hudelo, Montlaur, u. Bodineau, Klin. u. experim. Untersuchgn. üb. Neosalvarsan 1068.
Huebner (Marburg), Üb. fleckförmigen, völligen Pigmentverlust d. Haare 1124.
— Über eine bisher nicht bekannte Nebenwirkg. des Yohimbins 1445.
— Der heutige Standpunkt der Salvartherapie 1559.
— u. Walter, E., Trichorrhexis nodosa 1453.
Hüssy, Paul, Zur Extraktion v. Haarnadeln a. d. Harnblase d. Weibes 953.
Huet, C., E. Feldzug geg. d. Läusekrankheit i. d. öfftl. Schulen von Havre 925.
Hueto, F., Fall von wiederholter Variola 1369.
Hughes, E. O., Chron. Ödem des einen Beines bei einem Kinde 1641.
L'Huillier, Eugène Henri, Beitrg. z. Kenntnis d. durch Antipyrin verursachten bullösen Affektionen der Mundhöhle 1318.
Huismanns, L., Varizellen und ihre Komplikationen 1368.
Hunter, J. W., Verwendg. v. Röntgenstrahlen b. d. Prostatahypertrophie, e. therap. Studie 968.
— J. S., Die Sandfliege u. Pellagra 1315.
Huon s. Boinet.
Hurwitz, S. H., s. Keidel, Albert.
Hussa, Franz, Beitrg. z. Kenntnis des Skorbuts 1643.
Hustin (Brüssel), Trophische Geschwüre der Haut nach Durchschneidg. des N. femoro-cutaneus 1364.
Hutinel, Erytheme m. malignem Symptomenkomplex bei infekt. Krankheiten 1317.
— Die Säuglingsödeme 1641.

Jaboulay, u. Fayot, Eine seltene Form von Striktur der Pars cavernosa urethrae 1791.
Jackquard, H., Beitrg. z. Kenntnis d. Behdlg. d. prim. Urethrakarzinoms bei der Frau 1016.
Jackson, Th. W., Die richtige Behdlg. des Trippers 1039.
Jacobson, J. H., u. Keller, J. G., Postoperat. Urinretention u. Zystitis 955.

Digitized by Google

Jacobsthal, E., Versuche z. einer optisch. Serodiagnose der Syphilis 1054.
Jacqué u. Sluys, Bemerkungen über das Neosalvarsan 1728.
Jacqueau, Primäraffekt auf der Konjunktiva 1488.
Jacquet, Lucien, Über familiäre, hereditäre Seborrhöe 1124.
— Gute Wirkung des Salvarsans b. einer Syphilo-Tuberkulösen 1168.
— u. Durand, Wasserm.-Reakt. in einem Gelenkergusse bei ein. Syphilit. 1067.
— ferner 846 ff., 1723.
Jadassohn, J., Einige Erfahrgn. über lokale Reaktion mit Moroscher Tuberkulinsalbe bei Hauttuberkulose, Tuberkuliden, Syphiliden und Lupus erythematodes 1124.
— Aphoristische Bemerkgn. zur Arsentherapie in der Dermatologie 1625.
— ferner 848 ff., 1452.
Jaeger, Alfred S., D. Einfluß sexueller Untüchtigkeit auf Glück und Betätigung 888.
Jamieson 852.
Janovsky, Victor 1234.
Janssen, P., Die Versorgung der Blase nach Sectio alta 953.
— Prostatahypertrophie u. Blasensteine, ein Beitrag z. diff. Diagnose dieser Erkrankungen 967.
— Zur Operation d. Blasenektopie 1795.
Jarisch 1345.
Jasti, Karl, Beobachtgn. über Urobilinurie in der Tropenpraxis 1811.
Jckball s. Gaucher.
Jeanbrau, E., u. Etienne, E., Papilläres Epitheliom des Nierenbeckens 1263.
— u. Jordan, Infektion einer akzessorischen Urethra 1789.
Jeanselme, E., Geschlechtskrankheiten 1228.
— Lepraprophylaxe u. Leprabekämpfung 1412.
— Die neuen Behdlgsmethoden der Lepra 1412.
— Kann das einer stillenden Mutter injizierte Salvarsan die Syphilis des Säuglings beeinflussen? 1562.
— Zytologie u. Serologie d. Lepra 1667.
— u. Vernes, Die Wasserm.-Reakt. u. die Behandlung der Syphilis 1486.
— — Technik der intravenösen Salvarsaninjektion 1716.
Jefferiss, J., Salvarsan 1713.
Jensen, Vilh., u. Feilberg, Johanne, Von der klin. Bedeutg. der Syphilisreaktion von Hermann u. Perutz, verglichen mit Wassermann 1686.
Jensen, Vilh., u. Feilberg, Johanne, Üb. eine Modifikation der Gramfärbg., besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose 1816.
Jenssen, Fr., Das neue Haus K im Krankenhaus St. Georg in Hamburg nach einer baulichen Neugestaltung 1201.
Jerofajewa, Marie, Starke faradische Hautreizung als bedingter Erreger der Speicheldrüsenarbeit b. Hunden 1233.
Jervis, J. J., u. Dykes, A. L., Fall von multiplen Gummata und seltener Deformität der Leber 1511.
Jerzycki, Edmund, Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörungen 1701.
— s. Fabry, J.
Igersheimer, J., Exper. Untersuchgn. z. Syphilis des Auges 1690.
Jijima 1389.
J. L., Diagnose der Ulzerationen der Zunge 1740.
v. Illyés, G., Fibröse Perinephritis bei harnsaurer Diathese 1190.
Imbert, Léon, Die traumat. Rupturen der Urethra. Ihre Bewertung bei Unfällen 1790.
Imfeld, Alex. X., Beiträge z. Therapie des Lupus vulgaris mit bes. Berücksichtgg. d. mod. Lichttherapie 1418.
Imhofer, R., Erfahrgn. über Salvarsan i. d. Oto-, Rhino-, Laryngologie 1559.
Imparati, Fall von Psoriasis vulgaris b. einem Ehepaare 1036.
Inouye, G., Üb. die Temperatursteigerg. n. intraven. Injekt. v. Salvarsan 1259.
— Fall v. Plerocercoides prolifer 1389.
— S., u. Kinoshita, T., Üb. d. Einfluß von Tetrodotoxin a. d. Urogenitalapparat, bes. über seine Wirkg. gegen Impotenz 1099.
Jochmann (Berlin), Üb. Serodiagnostik 1683.
Jolles, Adolf, Üb. den Nachweis der Pentosen in diabetischen Harnen 1811.
Jones, H. Emelyn, Üb. Reflexreizung als Ursache der Alopecia areata 1503.
— K. H., Pigmentbildg. bei Leukoderma als Folge v. Sonnenlichtwirkung 891.
Jordan s. Jeanbrau.
Joseph, Eugen, Eine zur Zystoskopie verbesserte Blasenspritze 1787.
— H., Zur Palliativbehandlung der Prostatahypertrophie 1804.
— Max, Handbuch der Kosmetik 1361.
— u. Siebert, Conrad, Die Röntgenbehandlung in der Dermatologie 1275.
Jourdanet, P., Behandlung der Frostbeulen 1341.
Joy, Robert H., Üb. Leukoplakia buccalis, m. Bericht üb. 3 Fälle 1731.

Digitized by Google

Irons, Ernest E., Eine Hautinfektion bei Blennorrhöeinfektion 1017.
Irsay, A., Syphilis der oberen Luftwege 1694.
v. Irtel, Constantin, Behdlg. schwerer Formen d. Lues (Lues maligna) 1048.
Isaac, H., Systematisierter Nävus 1063.
— Multiple Gangränherde 1063.
— Das Jodozitin 1634, ferner 857, 1064.
— R. 1064.
Iscovesco, H., Hydrosyntasie u. Hydrophilie. Betrachtgn. üb. die Pathogenese des Ödems, der Phlegmatia alba, der Fettleibigkeit usw. 1640.
Israel 956.
— James, Über Operationen bei Uretersteinen 1190.
Juliusberg 851.
— Fritz, Über ein aus weißen Flecken zusammengesetztes Exanthem 1125.
Jullien, A., Beitrag zur Kenntnis der generalis. Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit) 873.
— L., Reinfektion nach Salvarsanbehandlung der Syphilis 1564.
— Fall von freiwillig akquirierter Syphilis 1125.
Jundell u. Fries, Die Anstrengungsalbuminurie 995.
Jungmann, Alfred, Prognose u. Therapie der Hauttuberkulose 1670, 1671.
— Die Lupusheilstättenbewegung u. ihre Ziele 1675.
Justus, J., Hydroa aestivalis 1649.
Iversen, S., Über Neosalvarsan 1569.
Iwano u. Welikanow, Zur Frage des Einflusses der intravenösen Eingießungen von Salvarsan auf den Verlauf der Syphilis 1568.
Iwasaki, K., Leukoplakia penis mit karzinomatöser Umwandlung 1789.
Iwaschenzow, Über anaphylaktoide Erscheinungen bei wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen 1164.
— s. Tuschinski.

Kämmerer, K., Diagnostische Intrakutanreaktionen m. Spirochätenextrakt 1615.
Kalaschnikow, Fall von Sehnervenatrophie bei Behandlung der Syphilis mit Atoxyl 1200.
Kall, K., Erfahrungen m. Neosalvarsan 1726.
Kallenbach, M., Kasuistischer Beitrag von 5 Fällen von Akustikusaffektion nach Salvarsan 1199.
Kamimura, Yukiaki, Studien üb. den Infektionserreger d. Ulcus molle 1228.
— u. Abe, Kumezò, Üb. die Reaktion des Bacillus ulceris mollis gegen die verschiedenen Zuckerarten 1228.
Kannengießer, Bisherige Ergebnisse unserer Salvarsanbehandlung 1560.
Kanngießer, Friedrich, Üb. Gärtnerkrankheiten 1645.
— Dermatomykosen 1736.
Kapesser (Darmstadt), Sapo viridis 1617.
Kaplan, D. M., Der praktische Wert der Wassermann-Reaktion 1485.
— Die Wassermann-Probe; einige Faktoren nichtspezif. Hemmung 1683.
Kapp (Berlin), Indikationsstellung der Paraffininjektion bei Gesichtsdeformitäten 1114.
Karo, Wilhelm, Behandlung der Prostatahypertrophie 968.
— Über die kombinierte Behandlung der Blennorrhöe 1044.
— Die Prostatahypertrophie. Ihre Pathologie und Therapie 1192.
— Über Prostatahypertrophie 1803.
Karpel, L., s. Edelmann, A.
Karvonen 907 ff.
*v. Karwowski, Adam, Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken 1059.
Katz, J., Apparat zur Erzeugung sterilen destillierten Wassers für Salvarsanlösungen 1394.
— Theodor, Über einen Fall von Lebersyphilis mit hochgradiger Verengerung der Vena cava inf. nebst Bemerkungen über den histologischen Nachweis des Salvarsans 1565.
Keidel, Albert, Eine einfache Tube z. Erhaltung von Blutproben für die Wassermann-Reaktion 1370.
— u. Hurwitz, S. H., Ein Vergleich der Normal- und Syphilisextrakte mittels der Wassermann- und Epiphaninreaktion 1688.
Keil, Adolf, Periostitis, Lymphangitis, Lymphadenitis blennorrhoica 1818.
Keller, Alois, Über Zungentuberkulose 1413.
— J. G., s. Jacobson, J. H.
Kempner (Berlin), Ein dch. Salvarsan wesentlich gebesserter Fall von Lues spinalis 1193.
Kendall, T. M., Die Behdlg. d. Addisonschen Krankheit mit Tuberkulin 889.
Kennard, D., s. Gordon, W. H., Verwendung von Salvarsan bei Syphilis 1164.
Kerin, O., Lokale Behandlung d. akuten u. chronischen Blennorrhöe 1043.
Kerl, W., s. Arzt, Leopold.
Kerstein, H. E., Über vergleich. Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan 1631.

Digitized by Google

Keyes, Edward L., Beobachtgn. üb. das Persistieren der Gonokokken in der Harnröhre des Mannes 1016.
— Bemerkungen über Salvarsan 1134.
Kidd, Frank, Die spinale Stovainanästhesie bei der Prostatektomie 1331.
Kienböck, Robert, Über das Quantimeter 1057.
— Üb. Röntgenbhdlg. v. Sarkomen 1761.
Kinoshita, T., s. Inouye, S.
Kirby-Smith, J. L., Dermatitis bullosa nach Impfung 1662.
Kirchberg, Franz, Narbenbehandlung 1761.
Kirlin, C. F., Kraurosis vulvae 1014.
Kirmisson, Mißbrauch u. Gefahren der Radiumapplikation bei Angiomen 1763.
— Ectopia testiculi 958.
Kitagawa, F., Kohlensäureschneebhdlg. v. Nävus u. Chloasma 1100.
— Über die Nebenwirkungen bei intravenöser Salvarsaninjektion 1259.
Klausner, Erwin, Die Lipoide im Serum bei Lues 1487.
— Über ein charakterist. Arzneiexanthem nach Pantopon 1636; s. auch Bergl, Hecht.
Klein, K., Sind Gesundheitsschädigungen vorübergehender oder dauernder Art bekannt geworden bei Verwendung von Lichtquellen m. einem an ultravioletten Strahlen reichen Spektrum, wie sie beisp. die Quecksilberdampf- u. Quarzlampenbeleuchtung besitzt? 1202.
— Simon R., Untersuchungen üb. Parasiten 888.
Klemperer, Georg, Röntgenkrebs 868.
Klepetar, David, Über einen bemerkenswerten Fall von Übertragung von Vakzinationspusteln 1662.
Klieneberger, Carl, Enzephalitis haemorrhag. n. Salvarsaninfusionen 1716.
Klimenko, W. N., Bakteriolog. Blutuntersuchgn. beim Scharlach 1654.
Klineberger, Otto, Die juvenile Paralyse 1701.
Klinger (Berlin), Fall von Sklerodermie 1771.
Klingmüller, Viktor, Üb. Lichen ruber verrucosus vegetans 1125.
— Bedeutg. d. Rötgenbhdlg. f. d. Dermatologie 1621.
Kljutschew, Die Rolle der Syphilis bei der Entstehung des frühzeitigen Schwachsinns 1534.
Klopstock 909.
Knowles, Frank Crozer, Pityriasis versicolor b. 3 Schwestern 923.
— Psoriasis familialis 1732.
Knowsley-Sibley, W., Jontophorese i. d. Behdlg. d. Hautkrankheiten 1034.
Knowsley-Silbey, W., Therapie der Hautkrankheiten 1100.
— Ionisation b. d. Bhdlg. d. Hautkrankheiten 1622.
Knox, R., Die prophylaktische Verwendung von Röntgenstrahlen vor und nach der Operation bei malignen Gewächsen 1752.
Kobelt, Ph., Die Bhdlg. der Harnröhrenstriktur mit Hyperämie hervorrufenden Bougies 1791.
Kobert, R., Üb. die pharmakol. Bedeutg. und die biol. Wertbestimmung der Sarsaparillen und ihnen verwandter Drogen 1635.
Koch, Max, s. Uhlenhuth, P.
— Wilhelm, Bakteriol. Untersuchgn. der Tonsillen bei Scharlach und Nephritis mit bes. Berücksichtgg. d. Streptokokken 1365.
Kocher, 2 Fälle von Rosazea 1736.
— Erysipelas gangraenosum scroti et penis 1742.
Kodha, H., s. Dohi, K.
Kochl, Friedrich, Die Verwendg. d. festen Kohlensäure z. Beseitigg. oberfl. Tumoren, spez. d. Angiome, Telangiektasien u. flachen Krankroide 1280.
Köhler, Alban, Das Röntgenverfahren in der Chirurgie 1450.
— Robert, Vakzinediagnostik u. -therapie b. blennorrh. Affektionen 1017.
Kölle, W., Kasuistisches u. Therapeut. z. Sklerodermie 903.
Koelsch, F., Üb. gewerbl. totale Argyrie 923.
Königstein, Robert, Üb. Parasyphilis des Kindesalters 1049.
Koerber, E., Üb. die Eukalyptusbehdlg. des Scharlachs 1366.
Körbl, Herbert, Die Röntgenbehandlung der Hautkarzinome, speziell des Basalzellenkrebses; sein histologisches Verhalten vor und nach der Bestrahlung 867.
Körthe (Hamburg), Untersuchgn. üb. d. v. Dungernsche Modifikation d. Wasserm. Reaktion 1487.
Kohlschütter, Reinhard, Die Resultate d. bisherigen Behandlung d. kongenitalen Lues bei den Eltern 1101.
Kohl-Yakimoff, N., s. Yakimoff, W. L.
Koho, Sh., Salvarsan gegen Initialsklerose 1259.
Kolischer, G., Eine Studie über die Prostata 1801.
Kolmer, John A., Diphtheroide Bazillen d. Penis, nebst Bericht üb. zwei Fälle v. Diphtherie im Anschluß an Zirkumzision 932.

Digitized by Google

Kolmer, John A., s. a. Woody, G. G., Schamberg, J. F.
Kolossow, G. A., Fall von protrahierter Anurie nach Sublimatvergiftung 1598.
Kondoleon, Emm., Die operative Behandlung d. elefantiast. Ödeme 1641.
Konjetzny, G. E., Zur Pathologie der Angiome 869.
— Z. Pathologie u. Ätiologie der sog. teleangiektatischen Granulome (Botryomykose) 1741.
Kopp, Carl, Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung 1410.
Kopytowski, W., Beitrg. z. d. pathol. Veränderg. der gesunden Haut nach Schwefelwirkung 1590.
Kovács, E., Bhdlg. der Lues im Kindesalter mit Salvarsan 1711.
Kraemer, F., Bhdlg. d. Prostatahypertrophie dch. Prostatadehnung 968.
Kramarenko, Anwendg. d. Salvarsans in der Landpraxis 1561.
Krassnoglosow 1589. 1590.
Krause, Erich, Beitr. z. Stieltorsion d. Samenstranges 963.
— O., s. Boruttau, H.
Krebs, Walter, Wassermann u. Therapie der Spätlues 1486.
Krebser (Stuttgart), Über Wundbhdlg. mit dem Mastixverband 1643.
Krefting, Rudolf, Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan 1254.
— Die klin. Bedeutg. der Wasserm. Reaktion 1484.
Kreibich, C., Üb. Melanoblastom 891.
— Z. Wirkg. d. ultravioletten Lichtes auf intrazelluläre Fermente 1126.
— Angioneurotische oder toxische Entzündung 1592, ferner 853.
Kreissl, F., Die Beziehungen zwischen chron. Blennorrhöe u. anderen Infektionen des Urintraktus einerseits u. Gelenkerkrankungen andererseits 1824.
Kretschmer, M., Üb. die Eukalyptusbehandlung v. Scharlach u. Masern 1656.
Kretzmer, E., Technisches z. Bhdlg. mit fester Kohlensäure 1622.
Kreyenberg (Jentschoufu), Einige Beobachtungen bei der Flecktyphusepidemie in Süd-Schantung im Frühjahr 1911 1665.
Krikliwi, Materialien z. Frage d. Infektiosität d. Lepra u. d. Art ihrer Übertragung 984.
Kritschewski u. Birger, Üb. d. Beziehungen d. Bac. leprae Hansen zu einigen der Lepra zugeteilten Mikroorganismen 1666.
Kroiss, F., Z. Diagnostik u. Behdlg. d. angebor. Blasendivertikels 954.
Kromayer (Berlin), Ursache u. Bhdlg. d. gewöhnl. Haarausfalls 1383.
— Üb. die Indikationen d. Quarzlampe b. d. Bhdlg. v. Hautkrankheiten 1620.
Krulle (Brandenburg a. H.), Das Syphilisdiagnostikum v. Dungern 1126.
*v. Krzysztalowicz, Franz, Die Histologie d. Urticaria perstans papulosa 939.
Kuboyama, T., Über das Neurorezidiv der Syphilis nach Salvarsanbehandlung 864.
— s. Sakurane, K.
Kudisch, W. M., 2 Fälle v. Ichthyosis hystrix serpentina 985.
— Selten vorkomm. Symptom d. heredit. Lues bei Neugeborenen 1161.
— Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum (Exanthema ex usu Bromi) 1308.
Kühl, Hugo, Die antibakterielle Wirkg. der Salben 1279.
Kuehnemann, Georg, Taschenbuch d. spez. bakt.-serol. Diagnostik 990.
Küster u. Geisse, A., Bakter. Untersuchgn. über Händedesinfektion nach der Bolusmethode Liermann 1826.
Kufka s. Vorbrodt.
Kunz, M., Ds „Ferngefühl" als Hautsinn unter Berücksichtig. neuer Versuche 1224.
Kurek, Hamrat, Z. Frage d. Veränderung der Samenfäden 985.
Kusunoki, F., Experimentelle u. klin. Studien zur Lehre der Dermatomykosen (Infektion, Prophylaxe, Immunität) 1590.
Kutner, R., Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste mit Hilfe eines neuen Operationszystoskops 1793.
— Z. intravesikalen Operation v. Blasengeschwülsten mittels Hochfrequenzstroms 1793.
Kwrashige, Teyi, Üb. das Vorkommen des Tuberkelbazillus im strömenden Blute des Tuberkulösen 1605.
Kyrle, Josef, Z. Frage d. Arzneiüberempfindlichkeit 1126.

Labbé, Raoul, s. Leroux, Charles.
Laborde, A. J. A. B. J., Beitr. z. Kenntnis d. Peniskrebses mit bes. Berücksichtg. d. erektiv. Form, d. Diagnose u. Behdlg. 933.
Lafforgue, Meningeale und pseudomeningeale Symptomenkomplexe im Verlauf der Skarlatina 1364.
Lagare s. Marfan.
Lakahmi-Pathi, A., Hypospadie dritten Grades 931.
Lama, Angelo, Interessanter Fall von Blitzschlag 1331.

Digitized by Google

Lamare s. Balzer, F.
Lamenza, N., Erfahrungen über Salvarsan 1559.
Lampe, Arno Ed., u. Strauss, Ed., Die Bedeutung der Organe mit innerer Sekretion für sexualpsychologische u. -pathol. Fragestellungen 1783.
Lance, M., Die Fernresultate der Operationen der Genitaltuberkulose 1784.
Lancrenon, E., Nephritis blennorrhoica 1021.
Landau, 956.
Landsberger, Foudroyant verlaufende Psychose mit Pemphigus acutus 1735.
Landsteiner u. Levaditi, Impfversuche mit Scharlach am Affen 1366.
— — u. Prašek, Versuche, Scharlach auf Affen zu übertragen 1655.
— — — Experim. Übertragg. von akutem infekt. Pemphigus 1735.
Lange, C. 911.
Lapasset, V., Üb. die Radikalkur der Varikozele: Suspension des Testikels, kombiniert mit der Venenresektion 1801.
de Lapersonne, F., Augensporotrichose 1452.
Laroche s. Gougerot.
Laslett, E. E., Herpes Zoster an den Beinen 1363.
Laubry s. Vaquez.
Laue, D. E., Syphilis d'emblée 1489, 1680.
Lauenstein, Carl, Z. Frage d. Überpflanzg. behaarter Haut 1616.
du Laurens de la Barre, Üb. totale Entfernung der Harnblase b. d. Frau wegen Blasenkrebs 938.
Laux, Emile, Beitr. z. Kenntnis d. Peniskrebses, s. Behdlg. u. deren Resultate 933.
Lavallée, Alfred, Üb. abdominelle Erscheinungen bei Purpura 1338.
Laverrière, M., Cystitis profilerans tuberculosa (forme framboisée) 955.
Lavoipierre, Lipom des Skrotums 1789.
Lay, C., Fall von Sporotrichose 1739.
Lea, C. E., Herpes an den Beinen 1363.
Leblanc s. Apert, Sicard.
Lebrun, M., Doppelte Urethra 1333.
Leclerc-Dandoy, Amputation d. Penis u. d. Corp. cavern. b. e. 28j. Indiv. wegen Epitheliom 933.
— Fremdkörper in d. Urethra u. Blase 937.
— Transversikale Prostatektomie bei e. 75jähr. Kranken. Heilung 970.
Lecoutour, Aimé, Diagnose u. Behdlg. d. chron. Urethritis 1039.
Lederer, Max, Wert der Noguchi-Reaktion für die allg. Praxis 1077.
— Simon, Fall v. Harnretention inf. Hypertrophie d. Prostata m. nachfolg. Punctio vesicae suprapub. 967.
Ledermann, Reinhold, Mycosis fungoides 1064.
— Klin Beitrge. z. Salvarsanwirkg. 1126.
— Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis 1684.
— Üb. Syphilis als Ursache von Herz- u. Gefäßerkrankungen 1697.
— u. Bendix, Kurt, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 1590, ferner 858, 1588.
Ledo, A., Papillomatosis im Anschluß an eine Staphylokokkeninfektion 862.
— Ein Fall von Epitheliomatose, der mit Kohlensäureschnee behdlt. wurde 887.
Legendre, Retentionsikterus in der Sekundärperiode der Syphilis, mit Erfolg mit Salvarsan behandelt 1565.
Legont, P., Beitrg. z. Kenntnis d. spezif. Behdlg. (Tuberkuline u. Antituberkulosesera) bei Tuberkulose d. Genitalharnwege 1672.
Legrand, Salvarsanvergiftung 1198.
Legueu, Felix, Die Strikturen nach Harnröhrenverletzungen und ihre Behandlung 935.
— Wie soll m. e. tuberk. Zystitis behdln., welche e. inoper. Nierentuberkulose begleitet? 955.
— Gedenkworte für Albarran 1073.
— Die Blasenrupturen 1795.
— Die Nierenruptur 1812.
— u. de Berne Lagarde, Kritik der experimentellen Polyurie 1447.
— u. Chevassu, Behandlung der Tuberkulose der Harnwege 1036.
— u. Gaillardot, B., Giftigkeit v. Extrakten a. d. hypertroph. Prostata 1260.
— Papin u. Maingot, Die Zystoradiographie 1074.
— ferner 938.
Lehle, A., Z. Prophylaxe d. Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 1820.
Lehmann, M. E., Zur Nachbehandlung Geimpfter 1663.
Lehr, Louis C., Bericht über einen Fall von Pyelitis blennorrhoica 1818.
Leiner, Carl, u. Spiller, Fritz, Über disseminierte Hauttuberkulosen im Kindesalter 1413.
Leiper 888.
Lemée, Joseph, Zum Studium der Ursachen des Haarausfalles 921.
Lemierre, A., u. Abrami, P., Die absteigende Infektion d. Harnwege beim Typhus 1260.

Digitized by Google

*Lenartowicz, J. T., Üb. d. prakt. Wert d. Komplementbindungsmethode bei gonorrh. Erkrankungen 1179.
— Die Nebenwirkungen des Salvarsans 1629.
Lendorf, Axel, Bedeutg. d. Prostata b. Harnlassen u. üb. d. Mechanismus d. prostat. Harnbeschwerden 964.
— Was geschieht b. d. suprapub. Prostatektomie? Woraus entwickelt sich die sog. Prostatahypertrophie? 969.
Lenégre, Felix, Raynaudsche Krankheit und Syphilis 1105.
Lenoir, Spezifische Behandlung der Aorteninsuffizienz 1526.
Lenormant, Ch., Wie soll man die Rupturen der Urethra im bulb. Teil behandeln? 936.
— Bemerkungen zu den operativen Indikationen der Nierentuberkulose. Die Bestimmung des funktionellen Wertes der 2. Niere bei Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus 1812.
Lenz, E., s. Reicher, K.
Lenzmann (Duisburg), Zur Frage des jetzigen Standes der Luesbehandlg. in der Praxis 1176, ferner 1475.
Leotta, Nicola, Exper. Untersuchgn. üb. den Ausgang der transvesikalen Prostatektomie 1805.
Lépine, Jean, Der Geisteszustand bei Syphilis d. Zentralnervensystems 1172.
Lerat, Henri, s. Poisson, L.
Leredde, Herxheimersche Reaktion und Herstellg. d. Salvarsanlösung 1066.
— Erste Beobachtungen über Neosalvarsan 1068.
— Indikationen d. Quecksilbers u. d. Salvarsans i. d. Bhdlg. d. Syphilis 1139.
— Die neuen Regeln der Syphilistherapie 1177.
— Wirkg. d. Salvarsans a. d. Schmerzen bei Tabes 1257.
— Erste Bemerkungen über das Neosalvarsan 1633.
— Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan 1700, ferner 1065.
Leriche, René, Über einen durch Neurofibromatose bedingten Fall von Pylorusstenose 872.
— Prostatektomie wegen Prostatakrebs, Heilung seit 27 Monaten 1264.
— s. Poncet, A., Cade, A.
Leroux, Charles u. Labbé, Raoul, Die Serodiagnose b. infantiler Heredosyphilis u. die familiale Syphilis 1102.
Lescoeur, J. A. L., Üb. die Beziehgn., welche zwischen gewissen Urinkoeffizienten u. d. verschiedenen Arten d. menschl. Tätigkeit bestehen, m. bes. Berücksichtigg. d. geist. Tätigkeit 992.
Lesieur u. Marchand (Lyon), Erythema multiforme, Beitrg. z. Pathogenese desselben 1342.
Lesseliers (Gent), Eine neue Zubereitungsart des Salvarsans für intramuskuläre Injektionen 1200.
Lesnè, Françon Gérard, Dch. Streptokokken bedingte Pyämie und Endokarditis vegetans bei Gesichtserysipel 1742.
Lesser, E., 856, 1588.
— Fritz, Syphilis u. Lezithin 1127.
— ferner 858, 1064, 1588.
v. Leszczynski, Roman, Zwei Fälle von Molluscum contagiosum als Beispiel dessen Übertragbarkeit 874.
— Über die Pemphigusbehandlung mit Chininfusion 1591.
Letullé, Maurice, und Bergeron, André, Wassermannsche Reaktion u. latente Syphilis bei der Zirrhose und chronischen Nephritis 1692.
Leuenberger, S. G., Weiterer Beitrag zur Frage der Mutation von Harnblasenpapillomen in Sarkom 1761.
Levaditi, C., Die jüngsten Arbeiten über die Ätiologie der Skarlatina 1657.
— u. Muttermilch, S., Diagnose der Trypanosomen durch das Anheftungsproblem 1227.
— u. Twort, C., Wirkung des Salvarsans auf Treponemen u. syphilitische Ausschläge 1165.
— s. Landsteiner.
Lévigne, Sylvie, Beitrag z. Kenntnis d. polymorphen schmerzhaften, rezidivierenden Dermatitis der Schwangeren oder des Herpes gestationis 1362.
Levis, Harold J., Salvarsan während der Schwangerschaft 1709.
Lévy, Georges, Todesfall nach Neosalvarsaninjektion 1599.
Lévy-Bing, Alfred, Einwirkung verschiedener lokal angewendeter Medikamente auf Spirochäten 1127.
— u. Duroeux, L., Das Neosalvarsan 1569.
— — Bhdlg. der Ulcera cruris mit lokalen Salvarsanapplikationen 1769.
— — u. Dogny, M., Blutuntersuchungen bei Syphilitikern nach Salvarsanbehandlung 864.
— u. Dogny, M., Die Wasserm. Reakt., ihre Interpretation und Fehlerquellen 1598.
Levy-Dorn, M., s. Boruttau, H.
Lewandowsky, Alfred, Dermatologie u. Schule. Beitrg. z. Hygiene. 1127.

Digitized by Google

Lewandowsky, F., Histolog. z. Salvarsanheilung d. Syphilis 1127.
— Die Tuberkulose der Haut 1555.
Lewinstein, Oswald, Beitrag z. Kapitel: Ramus cochlearis des achten Hirnnerven und Salvarsan 1567.
Lewitt, M., Über Kaschierung von Gesichtsentstellungen 1346.
— Zur internen Behdlg. der Syphilis, bes. mit Hg-Glidine 1139, 1558.
Libert, Edm., s. Darier, J.
Libroia, Alfonso, Wiederherstellg. d. Tunica vagin. des Hodens mit Peritonealstücken 962.
Lichatschew, Zur Frage der Infektiosität der spezifischen Angina 1507.
Lichtenstern, Robert, Über die zentrale Blaseninnervation, ein Beitrag z. Physiologie d. Zwischenhirns 1792.
Licini, C., Beitrag zum Studium der Tumoren der Brustdrüse. Ein Fall von Hämoangiosarkom 868.
— Die Herstellg. d. Harnweges nach d. Prostatektomie samt Exzision der Urethra prostatica 1805.
Lie, H. P., Über die Flecken der Lepra maculoanaesthetica 1127.
Liebermann (Budapest), Zur Therapie der Lidrandentzündungen 1422.
Liebl, Ludwig, Fall von Endarteriitis syphilit. der Arteria lingualis mit Gangrän der Zunge 1514.
Lieck, Woldemar, Rhinosklerom und Salvarsan 1746.
Likes, Sylvan H., u. Schoenrich, Herbert, Eine Übersicht über die bei d. Salvarsananwendung gebräuchlichen Methoden, deren Vor- und Nachteile 1568.
Lilienthal, Howard, Zwei Fälle von Nierentorsion 888.
Lindemann, August, Z. Bhdlg. der Unterschenkelgeschwüre 1768.
Linden, Meißen, E., u. Strauß, A., Beiträge zur Chemotherapie d. Tuberkulose 1672.
Lindenheim, H., Purpura annularis telangiectodes 1128.
Lindsay, D. W., Die Kontagiosität der Lepra 1666.
Lindt, Karl, Lues, Morbus Banti, terminale septische Infektion 1137.
Linser, Paul, Therapeut. Verwendg. v. normalem menschl. Serum bei Haut- u. innerlichen Krankheiten 1128.
Lintz, William, s. Browning, William.
Lion, Victor, Syphilistherapie mit Asurol 1128.
Lipa Bey (Kairo), Unfälle beim geschlechtlichen Verkehre 1266.
Lipman-Wulf, Dariersche Dermatose 1064.
— Beitrag z. Pathologie d. Polypen der hinteren Harnröhre 1128.
Lippens, Adrien, Heilg. einer perineoprostatischen Fistel durch Bismutpaste 1075.
Lippmann, Arthur, Über hämorrhag. Nephritis bei Purpura 1643.
Lipschütz, B., Mikroskop. Untersuchgn. bullöser Dermatosen. 3. Über parasitäre Befunde in den Hautblasen und i. d. Milz bei Pemphigus vulgaris 1423.
— Mikroskop. Untersuchungen üb. Pemphigus chronicus 1187.
— Über eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae acutum) 1595.
Lißmann (München), Zur Behandlung der sexuellen Impotenz 1797.
Litzmann, Elisabeth, Klinisch. Beitr. zur Lehre von der diffusen Sklerodermie 902.
Livermore, George R., Anurie nach intraven. Salvarsanbhdlg. 1717.
Ljubarski, Z. Frage der diagnost. Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion bei Erwachsenen 1669.
Lockwood, Charles D., Karzinom d. Klitoris 1001.
Löb, Heinrich, Embarin, ein neues Antisyphilitikum 1707.
Loeb, Jacques, Die Bedeutung der Anpassung der Fische an den Untergrund für die Auffassung des Mechanismus des Sehens 1602.
— O., Üb. Jodverteilung im syphilit. Gewebe 1705.
Loehe, H., Beitr. z. Kenntnis d. kongenit.-syph. Knochen- u. Gelenkentzündungen 1128.
— Üb. die örtl. Wirkg. d. Salvarsans b. intraglut. Injektion 1166.
Löhlein, Walter, 1061 ff.
Löhnberg, Ernst, Üb. Lupus erythem. m. bes. Berücks. d. Ätiol. u. d. neueren Therapie, vorzgl. d. Radiotherapie u. d. Kohlensäurevereisung 901.
Loew, Leopold, Zur Therapie der Syphilis 1537.
Löwenberg (Düsseldorf), Arsenkeratose u. Epitheliom 1385.
— ferner 1476, 1477.
Lohmann, Julius, Sexualpädagogik in d. höheren Knabenschulen 1229.
Lohnstein, H., Üb. einige neue urol. Apparate 926.
Lombardo, Fall v. Anaphylaxie durch Scharlach 1191, 1311.
— C., Üb. die Veränderungen d. Schweißdrüsen b. d. Sublimatvergiftung 1624.

Digitized by Google

Lombès, Jean, Betrachtungen üb .die Spina ventosa syphil. 1106.
Longley, J. Rhodes, Syphilis, Diabetes und Salvarsan 1564.
Longo, Pasquale, u. Speciale, Antonio, Üb. die Ätiologie u. Pathogenese d. Pemphigus vegetans 1424.
Loos 888.
Lop (Marseille), Akute blennorrh. Arthritis mit Hydarthrose. Versuch einer Autoserotherapie. Heilung 1825.
— Die Autoserotherapie der akuten blennorrh. Arthritis 1825.
Lorenz, W. F., Manisch-depressives Irresein, dann Syphilis, schließlich allgem. Paralyse 1174.
— Die Einwirkg. spezif. Bhdlg. auf die Zerebrospinalflüssigkeit 1699.
di Loreto, Beitrag zum Studium des Erythrasma 1424.
Lotsch, Fritz, D. Herkunft der intrakanalik. Riesenzellen b. d. Hodentuberkulose 961.
Lotsy, Ureterstein als ätiol. Moment bei Blasentumoren 1073.
Loumeau, E., Kongenitale Strikturen der Urethra 1449.
Loux, Hiram R., 1394.
Love, James Kerr, Syphilis und Taubheit 1513.
Lovejoy, E. D., Bhdlg. d. Akne m. autogenen Vakzinen u. mit solchen, die aus Stammkulturen des Aknebazillus hergestellt sind 1735.
Lowe, Cornelius R., Hexamethylentetramin bei Hautkrankheiten 888.
Lucatello, L., u. Carletti, M., Untersuchungen üb. die Komplementbindg. bei Pellagrakranken 1316.
Luithlen, F., Über Chemie der Haut 1601.
Lumbroso, M., Prostatektomie u. Vesikulektomie a. kokki-perinealem Wege 991.
Lurje s. Kudisch.
Lutembacher, R., Die Erytheme 1636.
— Die Diagnose der Psoriasis u. d. psoriasiformen Syphilide dch. methodisches Kratzen 1732.
Lutz, Stephen H., Ungewöhnl. Fälle v. Syphilis u. Hautkrankh. i. d. Ohren-Kehlkopfpraxis 888.
Lux, Fernando, 2 Fälle v. Rhinophyma 1736.
Luxembourg, H., Z. Frage d. Bhdlg. der angiosklerotischen Gangrän der unt. Extrem. mittels arteriovenöser Anastomose 1771.
Luys, Georges, Endoskop. Untersuchg. d. Urethra 1263.
Lydston, G. Frank, Sexuelle Neurasthenie u. Prostata 965.
— u. Steeve, Harold F., Komplette Penisamputation durch eine eifersücht. Frau. I. d. Blase geschlüpfter Katheter, d. 4 Wochen später m. d. Lithotripter entfernt wurde 933.
Lyonnet, B., u. Bovier, Symmetrische Lipomatose 1763.
— u. Martin, J. F., Erythema multiforme und Tuberkulose 1342.

Macalister, C. D., Ein neuer Zellbildner, dessen klin. Verwendg. bei Bhdlg. von Geschwüren 1284.
Macdonald, T. R., Radiumbehdlg. bei malignen Neubildungen u. Ulcus varicosum 1276.
MacKee, George M., u. Remer, John, Die X-Strahlenmethode mit einziger Dosis 1504.
MacKenna, R. W., s. Stopford-Taylor, G. G. S.
Mackey, L. G. J., Ein Fortbildungsvortrag über Infektion des Urintraktus durch Baz. coli 1784.
MacLennan, Alex, „Tunneltransplantation" der Haut 1616.
Macleod, J. M. H., Bericht über den 7. internationalen Dermatologenkongreß, Rom, April 1912 861.
— Fall m. d. Erscheinungen des Lupus erytem. 920.
— Fall v. Lepra maculo-anaesth. b. e. 25j. Frau 1253, ferner 852.
Macnaughton s. Rolleston.
Madden, F. C., 2 selt. Prozesse b. Bilharziosis 924.
— Varicocele lymphatica 963.
— Papilliforme Läsionen (Lymphangiomata) des Skrotums, verbunden mit petechialen Flecken am Rumpf u. den Extremitäten 1443.
Magers (Berlin), Einge. Betrachtgn. üb. Psoriasis 1732.
Magnien, J., Üb. d. Resultate d. total. Saphenektomie b. d. Behdlg. oberflächl. Varizen u. üb. ihre Komplikationen 892.
Mahmoud, H., Üb. d. Epitheliom d. Prostata u. s. Behdlg. 966.
Mailer, B., Üb. spezif. Reaktion bei Trichophytie 1738.
Maingot s. Legueu, Felix.
Maire, L., u. Parturier, Gaston, Chirurgische Behandlung der gastrischen Krisen der Tabes 1534.
Maj, Emilio, Hämatologische Untersuchungen bei Pellagrösen 1315.
— s. auch Grillo.

Digitized by Google

Maksimow, Fall v. Salvarsangeschwür 984.
Maky, G., Über Angiofibrom 863.
Malan, G., u. Dematteis, F., Die Methode Dungerns zur Serodiagnose der Syphilis 1077.
Malhorbe, Henri, Fall v. Tripper des Mundes 1020.
Maliniak-Schuchmann, Kreina, Üb. einen Fall von Naevus pigmentosus permagnus 1781.
Malinowski, Felix, Behdlg. d. Syphilis mit Salvarsan. (3. Mittlg.) 1010.
Maljutin, Salvarsan u. Taubheit 1567.
Mallannah, S., Vakzinebehdlg. d. Hydrozele 962.
Mangiagalli, L., Infektiöse Erkrankungen u. Schwangerschaft. Syphilis u. Schwangerschaft 1047.
Manificat, J., Verengerungen d. Urethra b. der Frau 935.
Mann, L., s. Boruttau, H.
Manna, S. A., s. Candler, J. P.
Manoiloff 910ff.
Manya, J., Beitr. z. Kenntnis d. funktionellen Albuminurien. Über orthostat. Albuminurie kardio-pulmonalen Ursprungs 995.
Marañon, u. y Rios, Pascual, Beitrag z. Studium d. Meiostagminreaktion b. Syphilis 1315.
Marchand (Lyon), s. Lesieur.
Marcone, L., Üb. sekund. u. tert. Erblues der Kinder u. Salvarsanbehdlg. 1689.
Marcora, Ferrucio, Fall von Chorio-Epithelioma malignum beim Manne 1799.
Marcus, Karl, Die Bedeutg. der Lumbalpunktion bei Syphilis 1594.
Marfan u. Lagane, Salvarsan verhindert nicht das Entstehen von Masern 1368.
Marghoux, E., u. Sorel, F., Untersuchungen über Lepra. Lepra der Ratten 1666.
Mariani s. Volpino.
Marie, Pierre, u. Crouzon, Tabes bei 2 Brüdern 1533.
— — Vitiligo u. Syphilis 1774.
Marinesco, Die Epididymektomie in d. Genitaltuberkulose 1075.
Marion, G., Wie soll man sich in den Fällen von Nierentuberkulose verhalten, bei denen der Zustand der Blase jede Untersuchung unmöglich macht? 865.
— Eine neue Fehlerquelle bei der Radiographie der Nierensteine 865.
— Die Blasensteine 952.
Marion, G., Akute Prostatitis b. e. Prostatektomierten 1075.
— Zystoskopie b. Prostatahypertrophie 1261.
— Gibt es einen vesikalen Prostatismus, Prostatiker ohne Prostata 1448.
— Schwere Hämaturie mit Niereninfarkten 1448.
Marischler, J., u. Schneider, N., Der Einfluß der subkut. Salvarsaninjektionen auf den Stoffwechsel 1627.
Marrón s. Santa Maria, Saenz.
Marsan, Felix, Die Neurasthenie des Urinapparates 1783.
v. Marschalko, Th., Demonstration d. mit Neosalvarsan bhdltn. Syphilisfälle 1727.
— u. Veszprémi, Histol. u. experim. Untersuchgn. über den Salvarsantod 1631.
Marsh, F., Vorhandensein v. 2 Testikeln a. ders. Seite 958.
— Edward F., Üb. endourethrale Initialsklerose 1680.
Marshall, C. F., Para 606 1490.
— Neosalvarsan 1729.
Martens, Max, Üb. chirurg. Tuberkulose 1673.
Martin, J. F., s. Lyonnet, B.
Martinotti, Leonardo, Die nervösen Erscheinungen bei der Gonokokkeninfektion u. ihre Pathogenese 1021, 1817.
— Üb. die atrophierenden Follikulitiden 1770.
— Nävi u. Tumoren der Talgdrüse 1035, ferner 1458.
Martius, K., Hypophysistumor ohne Akromegalie 1765.
Marziani, A., Bromoderma tuberosum zu gleicher Zeit bei der Mutter und dem Säugling 1646.
Mas, Victor, Verhältnis der unwirksamen Vakzine bei Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft geimpft wurden 1369.
Massia, Georges, Die Lungensyphilis. Beitr. z. Kenntnis d. Lungensyphilis b. Erwachsenen 1107.
Massini, Luigi, Üb. die syphilit. Natur von krankhaften Symptomenkomplexen mit verschied. Lokalisationen 1680.
— Rudolf, Untersuchgn. b. e. Falle von Bence-Jonesscher Krankheit 994.
Mathes, P., Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica 1592.
Matsumoto, Sh., Salvarsaninjektionen bei Syphilis 1258.
— Beziehgn. zw. Salvarsanbehdlg. und Wassermannscher Serodiagnose d. Syphilis 1389.

Digitized by Google

Matumoto, Sh., u. Ando, A., Üb. die sogen. „Paradoxe Reaktion" bei Wassermanns Serodiagnose 1389.
— G., Fall von Cornu cutaneum 1259.
Matthey (Neuchatel), Bemerkgn. zu den kongenit. Blasendivertikeln. Ein dch. konservative Bhdlg. geheilter Fall von Divertikulitis 1793.
Mattissohn (Berlin), Üb. e. Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hered. Syphilis u. über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis 1188.
Matzenauer, Rudolf 906.
Mauté, A., Gegenwärtiger Stand der Vakzinationstherapie 1279.
May s. Brocq, L.
Mayleery, Edward, A., Salvarsan u. seine Anwendung 1034.
Mayer, Hermann, Veränderg. d. menschl. Serums nach Neosalvarsaninfusionen 1727.
— Moritz, Postdiphterisches Erysipel als Äquivalent von Scharlach 1655.
— Theodor, Therapie d. Alopecia seborrhoica u. über vorbeugende Haarpflege mit Sapalcolpräparaten 1729.
Mazat, Fall von Mykosis fungoides 1745.
del Mazo, Enrique Garcia, Osteoperiostitis des Kalkaneus bei einem Kranken mit Blennorrhöe und Syphilis 862.
— Der Lupus vulgaris in Madrid 886.
Mazzolani, A., Die Variolaepidemie in Fondi (Caserta) 1659.
McCarthy, J. F., Über Blasenneubildungen 1793.
McDonald, C. L., Vakzinetherapie bei Diabeteskarbunkel 898.
McDonagh, J. E. R., Fall v. Syringoma 1253.
— Eine rationelle Methode der Luesbehandlung 1443.
— Der Lebenskreislauf des Mikroorganismus der Syphilis 1681.
— Die mit Salvarsan u. Neosalvarsan a. d. Wasserm. Reaktion zu erzielende Wirkung 1712.
— Die Pathologie der Haut von den Augenlidern u. den Naso-Labialfalten 1358.
McDougall, J. G., Hypospadie, ein ungewöhnlicher Fall von Gangrän 1788.
McEwen, Ernest L., The Leprosy of the Bible: Its Medical and Religious Aspect 905.
McGrath, B. F., s. Wilson, L. B.
McIntosh, J., Fildes, P., u. Dearden, H., Die Ursache u. Verhütg. von gew. auf die Darreichg. von Salvarsan folgenden tox. Erscheinungn. 1197.
McIntosh, J., Fildes, P., u. Parker, H. B., Neosalvarsan 1725.
McKinniss, C. R., Bericht über zwölf Fälle von Nervenerkrankungen, behdlt. mit Salvarsan 1565.
McKisack, H. L., Klin. Vorlesg. üb. Syphilis des Nervensystems, illustriert durch 3 Fälle 1697.
McMunn, Janus, Stenose des Blasenhalses 888.
McNamara, J., Z. Bhdlg. d. Syphilis 1706.
McVeg, Richard E., Die Kapillaren 888.
— Herpes Zoster 1034.
McVeigh, James A., Ano-rektale Erkrankg. dch. geschlechtliche Infektion 1332.
M'Donell, W. C., Tod n. Salvarsan 1630.
Meachen, G. N., Fall von Bromausschlag 920.
— Das systemat. Studium der Nagelaffektionen 1444.
Meara F. S., u. Goodridge, M., Die Wechselbeziehgn. zw. Erythema nodosum u. Tuberkulose, nebst Bericht über einen derartigen Fall 1343.
Meaux Saint-Marc s. Gaucher.
Mehlhorn, Santhyl-Knoll 1044.
Meidner, S., Bemerkungen zu M. Fraenkels Aufsatz: „Die Beeinflussung des Karzinoms durch Röntgenstrahlen 867.
Meirowsky, E., Enthält das Haar einen gelösten Farbstoff? 1128.
— Üb. einen biolog. Nachweis der Wirkg. von Hautextrakten 1611.
— Die Bedeutg. der paradoxen Sera bei der Wasserm.-Reakt. 1687.
Meissen, E., s. Linden.
Melville, C. H., s. White, D.
Menabuoni, F., Wasserm.-Reakt. und Erbsyphilis 1689.
Mendel, Felix, Sidorenkos exper. und klin. Unters. üb. d. Wirkung d. Fibrolysin auf narb. Gewebe 896.
— K., u. Tobias, E., Tabische Jungfrauen 1174.
Mendelsohn, A., Beobachtgn. üb. Hauttemperaturen der Säuglinge 1224.
Meneau, Kohlensäureschneebehandlung in der Dermatologie 1623.
Mensi, Enrico, Über Hautveränderg. beim Skleroma 1330.
— Das Scleroma neonatorum 903.
Menzer (Halle a. S.), Kausale Behdlg. der akuten u. chron. Blennorrhöe des Mannes 1039.
— Weiteres zur Frage der Behdlg. der Blennorrhöe beim Manne 1040.

Digitized by Google

*Merian, Louis E., Die Farbenphotographie im Dienste d. Dermatologie 1430.
Mériel (Toulouse), Volumin. Rektalprolaps infolge v. Blasentenesmus durch Steine bei einem Kinde 1075.
Merkens, W., Eine seltene Verletzung des Penis 932.
Merklen, Prosper, Untersuchgn. über die provozierte Diurese 1262.
Merkuriew, W. A., Arsennachweis im Harn nach der Anwendung von Salvarsan 1628.
Merz, Hans, Salvarsan- und Chininbehdlg. des Pemphigus vulgaris 1424.
— Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung 1597.
Meschtscherski, Das von Dr. B. Motz in Paris gegründete Hôpital International 1309.
— u. Troitzky, Lupus erythematodes acutus 1589, ferner 1590.
Mesernitzky, O., Neue Untersuchgn. mit der Radiumemanation 1618.
— P. G., Über den zerstörenden Einfluß d. Radiumemanation auf d. Haut 1233.
van Meter, S. D., Entfernung v. Paraffin aus der Blase 952.
Mettler, E., Syrgol in der Blennorrhöebehandlung 1044.
Meyenberg, Albrecht, Fall von Ichthyosis congenita 1777.
Meyer, Arthur, Über die Behdlg. des Ulcus cruris mit rotem Glühlicht 1768.
— E., Progress. Paralyse, kombiniert mit Meningo-Myelitis marginalis 1702.
— Fritz M., Untersuchgn. mit der Epiphaninreaktion bei Syphilis 1078. Nachtrag hierzu 1688.
— s. Blumenthal, Franz.
— Hans, u. Ritter, Hans, Experim. Studien zur Feststellg. eines biolog. Normalmaßes f. d. Röntgenstrahlenwirkung 1058.
— — Exper. Unters. z. biolog. Strahlenwirkung 1082.
— — Zur Methodik d. qualit. Strahlenmessung in d. Röntgentherapie 1275.
— s. auch Bering, Fr.
— H. H., s. Froehlich, A.
— Henry, Operationszystoskop z. Entfernung gestielter Tumoren 931.
— Karl, Über die Dispensierung des Tuberkulins 1417.
— Ludwig, Zur endovenösen Therapie der Lues mit Hg-Präparaten 885.
— Salvarsan und Paralyse 1702.
Meyer-Betz, Friedrich, Über primäre Kolipyelitis 1813.
Michael, Max Joseph, Entstehg. und Organisation des Hodeninfarkts 960, 1799.
Michaélidès, N., s. Photinos, G.
Michaelis, G., Die spezif. Behdlg. der bazill. Infekt. der Harnorgane 928.
Michailow, Nikolaj Alexandrowitsch, Fall v. Lepra nervosa 1391.
— Behdlg. d. rebellischen Zystoureteritis 1449.
— Syphilis der Harnblase und oberen Harnwege 1073, ferner 874.
Michel, Paul, Urethro-prostatischer Stein 1792.
— Prostatahypertrophie u. Fremdkörper der Blase 1803.
Middleson 1115.
Milian, Zerebrale Störungen u. Herxheimersche Reaktion 1064.
— Roseola, 9 Monate n. Salvarsanbehdlg. 1067.
— Reinokulation der Syphilis 1167.
— Die notwendigen Vorsichtsmaßregeln bei der Anwendg. v. Salvarsan 1196.
— Salvarsan und Hörstörungen 1199.
— Syphil. Primäraffekt d. Hand 1256.
— Hämoglobinurie n. Anwendg. v. destilliertem Wasser als Lösungsmittel von Salvarsan 1256.
— Kryaesthesia tabica 1534.
— u. Giraud, Die biolog. Reaktivierung der Wassermannreaktion 1055.
— — Syphil. Paraplegie u. Verblödung bei einem niederen Affen 1067.
— u. Sauphar, Einlaufsgeschwindigkeit u. Puls b. Salvarsaninjektionen 1257.
— s. auch Belin, ferner 854.
Miller, A. G., Die nächtliche Polyurie 1808.
— John Willoughby, Histologie der Niere bei Hämoglobinurie auf Grund elektiver Hämoglobinfärbung 999.
— Erwiderung auf die Bemerkungen Ribberts zu obiger Arbeit 1810.
— Über Hämaturie 1809.
Milligan, W., Eine Masernepidemie 1367.
Milne, L. S., s. Potter, N. B.
Milton, D. J., Zur Diagnose atypischer Scharlachfälle 1654.
Mine, M., s. Dohi, K.
Minet 1345.
— H., Die Blennorrhagie muß vom ersten Tage an behandelt werden 1037.
— Tuberkul. Harnröhrenstrikturen 935.
— Nierenkrankheiten und Prostatektomie 1334.
— Jean, Atypischer Herpes Zoster und Immunität nach Zoster 1363.
Mirabeau, Siegmund 1319.
Mireur, Roger, Spät auftretende Plaques der Mundschleimhaut 1506.
Miriel, Marcel, Beiträge z. Klinik u. Therapie d. syphil. Meningitiden 1173.
Mironescu 909.

Digitized by Google

Miropolski, Kasuistik d. blennorrh. Metastasen 984.
Mish, S. Charles, Die Technik der Salvarsanbehandlung 1035.
Mistiaen, Intravenöse Salvarsaninjektionen mit destilliertem Wasser 1201.
Miyagawa, Yoneji, Üb. d. Wanderungsweg des Schistosomum japonicum von der Haut bis zum Pfortadersystem u. über die Körperinstitution d. jüngsten Würmer z. Zeit d. Hautinvasion 1777.
Miyahara, Masaygasu, Üb. die Resultate d. Salvarsananwendg. im Marinespital zu Kure 1259.
— Zur Frage der atyp. Epithelwuchergn. beim Lupus u. ihrer Beziehgn. zum Karzinom 1417.
Mocquot 1394.
Möbius 1323.
Möllers, Die spezif. Antikörper im Blutserum Tuberkulöser 1416.
Le Moine, F., Über ungewöhnl. klin. Formen d. primär. Blasentumoren 938.
Moldovan, J., Ergebnisse d. Salvarsanbehdlg. im öster.-ung. Heere 1709.
Moljakow, M. G., Zur Frage d. Behdlg. des Scharlachs mit nukleinsaurem Natrium 1656.
Molodenkow, S., s. Selenin.
Monnier s. Deléarde.
Mononobe, J., Übertragungsversuche d. Lepra bei Säugetieren 863.
Monsarrat, K. W., Harnröhrenkonkremente, mit bes. Berücks. d. eingekaps. Konkremente d. Pars prost. urethrae 937.
Montfort, E., Abortivbehdlg. d. Blennorrhagie 1038.
Montgomery, Douglas W., Fall von ungewöhnl. Empfindlichkeit d. Kolon gegen Quecksilber 1287.
— u. Culver, George D., Trichloressigsäure als keratolytisches Mittel bei seborrhoischer Keratosis 1504.
— — Der Einfluß des Milchfettes auf die Haut 1132.
Monti (Wien), Diagnost. Wert der intrakutanen Tuberkulinreaktion 1416.
Montlaur s. Hudelo.
de Montval, L., Beitrag z. Kenntnis der Serodiagnostik der Syphilis durch die Hechtsche Methode 1077.
Moore, Henry, Todesfall nach Salvarsananwendung 1564.
— Maurice Sidney, Fall v. Henochscher Purpura 1642.
— N., Das Vorkommen u. d. Heftigkeit der Syphilis in der Vergangenheit und der Gegenwart 1678.
Moorhead, Gillman, Fall von Blennorrhöeseptikämie mit tödlichem Ausgang 1817.
Moorhead, S. W., Diagnose u. Behdlg. intravesikaler Läsionen 1794.
Morel, Mouriquand u. Policard, Salvarsan, Leber und Niere 1565.
— — — Quecksilber, Leber u. Niere 1624.
— s. auch Weill.
Morin, Das sechste Stockwerk und die jungen Dienstboten 1058.
— Schlüsse aus dem projekt. engl. Gesetze über die Unzucht 1606.
Morison, A., Syphilitische Aortitis mit Klappendefekt 1137.
Morley, J., Lymphbahnen d. Skrotums in bezug auf die Radikaloperat. bei Epitheliom desselben 958.
Morris, H., Maligne Erkrankg. d. Testikels u. d. operat. Entferng. d. sekund. affiz. ileo-lumb. Lymphdr. 959.
— Malcolm, Über einige physikalisch-therapeutische Methoden in der Dermatologie 861.
— Ein mit Salvarsan behandelter Fall von spätsyphilit. Glossitis 1167.
— Prurigo, Ekzema purig. u. Lichenisierung 1651.
— Fibrome b. ein. 17 jähr. Mädchen 920.
— Fall z. Diagnostizieren (Jodeisenausschlag) 1253.
— N., Bemerkgn. über die Geschichte der Syphilis, über die Wasserm.-Reakt. u. Parasyphilis, sowie üb. d. Ther. 1678.
Morrow, Prince A., Geschlechtskrankheiten u. deren Beziehung z. Kindersterblichkeit u. Rassenverschlechterung 1229.
Morselli, A., Vergleich. Untersuchgn. über Wassermannsche Reaktion m. d. Zerebrospinalflüssigkeit u. d. Blute d. Paralytiker 1053.
Mortinotti 1236.
Morton, E. R., Behdlg. d. Ulcus rodens 1759.
— Henry H., Zur Salvarsanbehdlg. 1711.
Mosny, E., u. Moutier, F., Untersuchgn. über sekundäre Nierensyphilis im Anschluß an 3 Originalbeobachtgn. mit Autopsie 1111.
Mosse 1063.
— M., Über Hautpigmentierung bei perniziöser Anämie 1129.
Mott, F. W., Differentialdiagnose d. Syphilis und Parasyphilis des Nervensystems 1049.
Moty, F., Darf man d. Exist. d. Orchitis traumat. anerkennen? 960.
Mouflet, Gaston, Die Robinsonsche Radikaloperation der Varizen 892.
Mougneau, M. F. R., Über die versch. Behandlungsarten d. Extremitätengangrän m. bes. Berücks. d. Heißluftbehandlung 897.

Digitized by Google

Mouriquand, G., s. Weill, Morel.
Moutier, F., s. Mosny, E.
Moutot, H., s. Nicolas, J.
Movi, Takeyoshi, Über ein metastasierendes Hodenteratom 960.
Mrongowius, Ein Fall von syphilit. Reinfektion nach Salvarsanbehandlg. Schwarzer Schanker 1563.
Much, H., Neue immunobiologische und klinische Tuberkulosestudien (m. Berücksichtigung der Lepra) 1413.
— Durch Leprabazillen gesetzte Veränderungen beim Tiere 1393.
Mucha, Viktor 1202.
Mühsam, Hans, Versuche mit dem Böhmschen Schnelldestillator (Hyan) und die Salvarsanresistenz der Blutkörperchen 1626.
— Richard, Ersatz eines Harnröhrendefektes durch d. Vena saphena 1789.
Müller, C., Therap. Erfahrgn. an 100 mit Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenz, resp. Diathermie behandelten bösart. Neubildgn. 1752.
— Ernst, Die Anwendung des rohen Steinkohlenteers bei Hauterkrankgn. 1635.
— s. Rygier, Stephanie.
— Hermann 1452.
— H. (Mainz), s. Brendel, G.
— Julius, Einfluß d. Therapie auf die Wasserm.-Reakt. b. Spätsyphilis 1080.
— Die Wasserm.-Reakt. b. Spätlues 1384.
— M., Vasocommotio cerebri, ein neuer Symptomenkomplex v. Gehirnerscheinungen schwerster Art n. Salvarsaninfusion — eine Folge des „Wasserfehlers" 1474.
— Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion f. d. Kontrolle der Prostituierten u. für d. allgem. Prophylaxe der Syphilis 1476, ferner 1384.
— R., Wassermannsche Reaktion. Zur Antigenfrage 1487.
— Über den Einfluß der Salvarsanbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion 1562.
Mulzer, Paul, Das Vererbungsproblem bei der Syphilis im Lichte moderner Forschung 1129.
— s. auch Uhlenhuth, P., Wolff, A.
Munch-Soegaard, Weitere Untersuchungen über die Krebssterblichkeit unter den Leprakranken 1667.
Munk, Fritz, Über Antigene zu Wassermannreaktion. Beitrag z. Biologie der Lipoide 1686.
Munro, J. M. H., Ein mit Tuberkulin behandelter Fall von Addisonscher Krankheit 889.
Murard, Urethralstriktur und Hämorrhoiden 1791.
Murray, Dwight Henderson, Pruritus ani: seine wahrscheinl. Ursache u. d. darauf beruhende Therapie 922.
— R. W., Die Ätiologie d. Achsendrehung des Testikels 1798.
Muttermilch, S., s. Levaditi, C.
Myers, B., Varizellen im Puerperium 1368.

Näcke, P., Zur Frage der sexuellen Abstinenz 957.
Naegeli, Th., Ein Mischtumor d. Samenstrangs 1801.
Nagamatsu, T., Der histolog. Bau v. Vitiligo leprae 1099.
Nahmmacher (Dresden), Die Behandlung des Krebses mit Radium als Ergänzung zu der chirurgischen Behandlung bei operablen u. als selbständige Behandlungsmethode bei inoperablen Erkrankungen 866.
Nakajima, A., s. Dohi, K.
Nakano, H., Exper. Untersuchgn. über die Infektionsmöglichkeit v. japanisch. Hausratten, Kaninchen und Meerschweinchen mit Lepramaterial 1129.
— Über die künstl. Züchtung v. Leprabazillen in Tierleichen 1188.
— Eine Schnellfärbungsmethode d. Spirochaeta pallida im Gewebe 1226.
— Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 1603.
Namba, K., Zur Frage üb. d. elast. Fasern u. d. Pigment in d. Samenblasen des Menschen 963.
Nanta, André, Studie üb. d. Lympho- u. Myelodermien; Manifestationen an der Haut bei leukämischen und aleukämischen Zuständen 1610.
de Napoli, Ferdinando, Paraurethrale Kanäle, Paraurethritis u. paraurethrale Knoten 1388.
Naumann (Berlin) s. Schilling.
— G., Über Blasenruptur 1794.
Neave, T., Zur Ätiologie d. Erythema nodosum 1344.
Negrete, Carlos, Einige Betrachtgn. über die Prostatahypertrophie im Anschluß an 3 Fälle von Prostatectomia hypogastrica 1804.
— Ausstoßung von 29 Steinen aus der Urethra 937.
Neißer, Albert, Diskussion z. Vortrag von Bruck über Bedeutg. d. Serodiagnostik der Syphilis 1055.
— Sind Syphilis und Frambösie verschiedene Krankheiten? 1104.
— ferner 851, 906, 970, 1146.

Digitized by Google

Nersessoff, N., s. Fromholdt, G.
Neuberger, J., Über Ristin, ein neues Antiskabiosum 924, ferner 1234.
Neue, H., Auswertungsmethode d. Liqu. cerebrospin. vermittels d. Wasserm.-Reaktion 1080.
Neugebauer 1323.
— Oskar, Der Mastisolverband bei Verbrennungen 1341.
v. Neusser, Edmund 1058.
Neustadt, M., Über Cancer en cuirasse mit Blasenbildg. u. Lokalisation a. d. Haut d. recht. Oberschenkels und des Unterbauches 886.
Neuwelt, Louis, Wiederauftreten syphilitischer Erscheinungen nach komb. Salvarsan- u. Quecksilberbehdlg. 1564.
Newman, D., Zystitis, deren Ursache u. Behandlung 954.
Newmark, Leo, Positive Wassermann-Reakt. in 2 Fällen v. nichtspezif. Tumoren d. Zentralnervensystems 1173.
Nichols, Henry J., Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie bei Syphilis 1139.
Nicolas, J., u. Charlet, L., Nachweis d. Spirochaeta pallida n. d. Methode von Hecht 1227.
— — Zur Frage der Reaktivierung der Wassermann-Reaktion 1486.
— u. Favre, M., Histolog. Untersuchg. d. sog. Keloidakne d. Nackens 1762.
— u. Moutot, H., Herdförmige Sklerodermie. Besserung durch Schilddrüsenbehandlung 903.
— — Herdförmige gemischte Sklerodermie. Heilg. dch. Thyreoidin 1071.
— — Merkwürdige Veränderungen der Hände bei einem Tabiker 1534.
— — Neuer Fall von Pellagra 1639.
— — u. Charlet, Erythema multiforme syphiliticum 1104.
— — u. Gaté, J., Extragenitale weiche Schanker 1749.
Nicolich, Kritische Winke zur Behandlung mit Salvarsan 1035.
Nicoll, James H., Die Prostata, Prostatismus u. Prostatektomie 967.
— Matthias, Zur Ätiologie des Scharlachs 1365.
— Einschlußkörperchen im Blute von Scharlachkranken 1656.
— u. Williams, Anna W., Einschlußkörperchen im Blute von Scharlachkranken als Mittel zur Differentialdiagnose 1656.
Nicolle, Charles, u. Conseil, E., Experimentelle Erzeugg. d. Masern 1368.
— — u. Conor, A., Exper. Studien über den Typhus exanthematicus 1664.
Nieckau, Rudolf, Über die Lagerung u. Darstellung der Spirochäten nach Levaditi in Manifestationen primärer u. sekundärer Lues 1478.
Nielsen, R. F., Erfahrungen u. Experimente über die Fehlerquellen in der Serodiagnostik der Syphilis 1685.
Nietner (Berlin), Die Bekämpfung des Lupus 1675.
Nikolskaja, W. D., Über Arsenferratose Boehringer 1281.
Nilson, Gunnar, Die Varikozele und ihre operative Behandlung 1801.
Nobl, Edmund, Fall von Ekthyma im Verlaufe v. Varizellen bei gleichzeit. Masern und Scharlach 1659.
— G., Die multiple Pseudofibromatose im Zustandsbild der Akrodermatitis atrophicans 896.
— Studien zur Ätiologie der Alopecia areata 921.
— Die Teerbehandlung der Hautkrankheiten 1289.
— u. Fluß, K., Zur Intrakutanreaktion bei Syphilis 1051.
*— u. Peller, S., Z. pyrogenen Komponente intraven. Salvarsaninjekt. 971.
Nochte (Halle a. S.), Ein kleiner Hilfsapparat für Salvarsaninfusionen 1716.
Noguchi, Hideyo, Hautallergie bei Syphilis; diagnostische u. prognostische Bedeutung 1047.
— Die experim. Syphilisforschung mit besonderem Bezug auf die Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) 1456.
— Zur Züchtung der Spirochaeta pallida 1604.
— Die Identifikation der Spirochaeta pallida beim Kulturverfahren 1604.
— Die Luetinreaktion 1689.
— Y., Üb. d. Wert d. Jodtinktur als Desinfektionsmittel der Haut 1231.
Nonell, J., Behandlung der Krätze. Stärkekleister als Vehikel 863.
— Seltener Heilungsprozeß einfacher Warzen 1314.
— u. Serrano, M., Ein Fall von Lupus erythematosus discoid. u. symmetr., m. Kohlensäureschnee behandelt 901.
— s. auch Covisa, J. S.
Nonne, Über Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie f. d. Bhdlg. v. Erkrankggn. d. Nervensystems 152[illegible].
Nonnenbruch, Wilhelm, Ein Beitrag zur Kenntnis d. Verbindg. zwischen Epidermis und Kutis 1224.
Nothmann, Hugo, Zur „diätetischen" Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter 178[illegible].
Nové-Josserand, L., s. Chalier, J.

Digitized by Google

Oberndorf, C. P., Verschwinden eines angioneurotischen Ödems nach Appendektomie 1642.
Ochs, Benjamin F., Einfache Behandlung von Hautgeschwüren 1258.
— Sorgfältigere Untersuchung in dermatologischen Fällen 1426.
Odstrčil, J., Üb. e. seltenen Fall v. primärem, multiplem Riesenzellensarkom der Haut mit Metastasen in inneren Organen b. e. 6 Mon. alten Kinde 1189.
— Über die Abortivbehandlung bei Sklerosen und die Provokationsdiagnostik des Dauererfolges 1705.
— Über die Behandlg. d. Sykosis barbae coccogenes, Furunkulosis u. Akne vulgaris mit Opsonogen 1423.
Oker-Blom, Max, Anleitung z. sexuellen Aufklärung u. Erziehung 1013.
Okugawa, S., s. Sakurane, K.
Olsho, S. L., Gefahren des Salvarsans für Auge und Ohr 1567.
Oltramare, H., Gefahren und Vorteile des Salvarsans 1197.
Ombrédanne, Hypospadie des Penis b. Kinde 932.
Onfray s. Balavoine.
Onuf, B., Über Kastrierung 1332.
Oppenheim, M., Über eine eigene Art d. Nagelablösung bei Wäscherinnen 922.
— Bhdlg. des Harnröhrentrippers beim Manne m. Arg. proteinicum (Heyden) 1042.
— Beitrag z. Klinik u. Ätiologie d. atrophisierenden Dermatitiden 1273.
— Bericht über Abortiv- u. Kombinationsbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber 1536.
— Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie 1559, 1710.
— Über Syphilisexantheme nach Salvarsanbehandlung 1562.
— Atrophisierende Dermatitiden 1770.
— Über Epididymitis erotica s. antiperistaltica 1799.
— Richard, Einige Bemerkgn. z. Ätiologie, Differentialdiagnose u. Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliat. neonatorum (Ritter) 1420.
Oraison, J., Nierenkolik, die eine Nephrotomie notwendig machte 1037.
Oram, W. C., Xanthoma multiplex 1444.
Oretschkin, Zur Frage der gummösen Geschwüre der Konjunktiva d. Augenlides 1513.
Orhan, Guillaume, Sammelreferat und kritische Studie üb. Akromegalie 871.
Orkin, Georg, Beitrg. z. Syphilis des Herzens 1697.
Orlow 1589.
Orlowski, P., Eindrücke u. Erfahrungen über Syphilisverlauf u. Behandlg. 1046.
— Entzündung des Kollikulus u. seine direkten u. indirekten Folgen 1074.
Ottow, Benno, Ein primitives Blasenphantom zu zystoskop. Übungen 1370.
Oulmont u. Boidin, Erworbener hämolytischer Ikterus mit Hypocholesterinämie 1776.
de Oyarzabal, E., 3 Fälle v. phagedän. Ulkus des Penis 1314.
Ozaki, Y., Über einige Desinfektionsmethoden der Hände und des Operationsfeldes 1141.
Ozenne u. Duroeux, L., Syphilite Schanker am Kollum eines bis in die Vulva prolabierten Uterus 1100.

Page, C. M., s. Wallace, C.
Pagenstecher, Carl Heinrich Alexander, Die Masernepidemie d. Jahres 1830, beobachtet in Elberfeld 1658.
— Behandlung von syphilitischen Nasengeschwüren im Jahre 1820 886.
Pagniez, Ph., s. Camus, Le Sourd.
Palazzoli, M., Hintere Urethroskopie 1450.
Paldrock, A., Sollen Leprakranke mit Salvarsan behandelt werden? 1668.
Palmer, H. L., Fall v. maligner Skarlatina; Tod binnen 30 Stunden; Autopsie 1654.
Panizzoni, Beitr. z. Kenntnis d. Histologie u. Pathogenese der Malacoplacia urethrocystica 1035.
Panton, P. N., s. Dudgeon, L. S.
Papaionuon, Th., Seltener Fall von Narbenbildung nach schwerer Verbrennung 1341.
Papellier, E., Das Luetikerbad Kusatsu in Japan 1702.
Papin s. Legueu, Felix.
Pappritz, Anna, Die Aufhebung der Reglementierung in Schweden und die Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1230.
Paravicini, Giuseppe, Pellagra und Morbus Parkinsoni 1317.
Park, William H., Zur Ätiologie von Masern und Scharlach 1657.
Parker, H. B., Fall von gummösem Geschwür, ein Ulcus rodens vortäuschend, mit Salvarsan behandelt 1359.
— s. McIntosh, J.
Parturier, Gaston, s. Maire, L.
Paschkis, Heinrich, Dysidrosis palmaris, eine kosmet. Sommeraffektion 1735.

Digitized by Google

Paschkis, Rudolf, Radiumbehdlg. v. Blasengeschwülsten 951.
— Beiträge zur Pathologie des Nierenbeckens 1408.
Pascual, S., Fall v. Blasentumor 938.
Pasini, A., Beziehg. d. Adamsonschen Schlinge zur äußeren Sporenscheide bei der Mikrosporie 1035.
— Kulturen v. Mikrosporon Iris und zwei Fälle von Tinea microsporica durch Mikrosporon equinum 1191, 1310.
— Sarcoma fusi-gigantocellulare d. Haut 1387, 1760.
— Lepraknötchen der Kornea 1388, 1667.
— Porokeratosis 1733.
— u. Bottelli, Trichophytie u. Mikrosporie in der Provinz Mailand und Como 1737.
— ferner 1236.
Pasquet, Georges, Beitr. z. Kenntnis d. Behdlg. d. Erkrankg. d. Harnwege mit Balsamizis u. int. Antiseptizis 931.
Pasteau, O., Die Blutungen a. d. Prostata 1264.
Patein, G., u. Roux, Üb. die klin. Nützlichkeit der Differenzierung des Urineiweißes 1808.
Patterson, Salvarsan 1713.
Pauchet, Victor, Operative Korrektion einer Anomalie des Urogenitaltraktes 1037.
— Prostatasarkom 1332.
Paul, Ernst, Ein neues Antiblennorrhoicum: Onotoxin oder Gonojodin 1043.
Pautrier, L. M., Die innerliche Behandlung der Syphilis mit Kalomel in dosi refracta 1706, ferner 855.
— Die Keloidakne des Nackens und ihre Behandlung 871.
Peacock, Alexander H., Tube z. suprapub. Drainage 953.
Pechère, V., Die Purpura rheumatica 1643.
Pedraja, Jose, s. Tánago, González.
Peiser, J., Üb. Phimose und Hydrozele im Säuglingsalter 1787.
Peller, S., Versuche der Detätowierung 1446.
— s. Nobl, G.
Pellier, Ein Fall v. Leucoplasia penis (Kraurosis) 1071.
Penel, Cl., Üb. d. therap. Wert d. urethralen Katheterismus b. d. Bhdlg. vereiterter Pyelitiden 933.
Pépin, C., Die Pharmakologie des Salvarsan 1628.
Perez del Yerro, Leonardo, Die Genitaltuberkulose i. Verbindg. m. d. Nierentuberkulose 930.
Perigal, A. F., Erythema nodosum als Komplikation bei Masern 1343.
Périneau, Ch., Die heutigen Resultate der Behandlung der eitrigen Ureteropyelonephritis mit dem Ureterenkatheterismus und Spülungen des Nierenbeckens 865.
Perlmann, J., Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter 1421.
Pernet, George, Dermatitis pustulosa vegetans recurrens 1503.
— Epheliden und der Sehakt 1767.
Perrier, Ch., Zweizeitg. Prostatektomie wegen Atonie u. Erweiterg. d. Blase b. Prostatahypertrophie 990.
Perrin, Th., Behdlg. d. Vulvovaginitis d. kleinen Mädchen 1019.
— Moderne Behandlung der Blennorrhagie 1334.
Perromito 1383.
Peschic, C., s. Tomarkin, E.
Peterkin, G. Shearman, Anwendung u. Beschränkg. d. Gesetze betreffs d. Prostitution 1331.
Peters, L. B., Beziehgn. d. natürl. Anti-Schaf-Ambozeptors zur Wasserm. Reaktion 1078.
Petersen, O. v., Die prakt. Bedeutg. d. Entwicklungshemmung. d. Haut 1129.
— Verbreitung der Orientbeule in Turkestan 1385.
— Victor Cox, Fall von Verätzung der Harnröhre mit Höllenstein, gefolgt von komplettem Abguß d. Harnröhre 1790.
Petrini de Galatz, Fall v. nicht rezid. Dermatitis polymorpha dolorosa herpetif. subacuta 1253.
Pettazzi, Attilio, Üb. das angioneurot. Ödem Quinckes 1641.
*Peyri, J., Topische Bakteriotherapie der Haut 1083.
— Die statischen Entladungen bei bullösen Dermatosen 1273.
Peythieu, Gabriel, Salvarsan und Nervus opticus 1630.
Pfeiffer, E., Die Esbachische u. Aufrechtsche quantit. Eiweißbestimmungsmethode im Urin 996.
— Paul, Beitrg. z. klin. Studien über Nierensyphilis 1110.
Pfortner, Ernst, Prostatahypertrophie 1803.
Philipps, M., u. Glynn, E. G., Der relative Wert von einigen Methoden zum mikroskop. Nachweis d. Spirochaeta pallida 1226.
Photinos, G., u. Michaélidès, N., Die Wasserm. Reaktion und die Hautreaktion nach Pirquet bei Lepra 861.
Piazza, C., Kankroide inf. von Röntgenstrahlen 1758.

Digitized by Google

Pic, A., Erythema nodosum u. Tuberkulose 1343.
Picard, René, Üb. blennorrh. u. syphilit. Entzündg. d. Lymphstränge 1273.
Piccardi, Gerolamo, Antileprol bei der Behandlung der Lepra 861.
*— Erythema elevatum et diutinum 1115.
Pichler 1628.
Pick, W., Z. Ätiologie der Impetigo und der Konjunktivitis ekzematosa (phlyctaenulosa sive lymphatica) 1421.
Picot, G., Einfluß d. Harnstoffes a. d. Nierensekretion b. Oligurie 1262.
Pied, Henri, Knötchenförmige Sklerosierung d. Corpus cavernosum b. einem alten Syphilitiker 1070.
— Malum Potti, wahrscheinlich hereditsyphilit. Ursprungs 1070.
— Polymorphie bei einem Falle von Syphilis hereditaria tarda 1446.
Pielicke 858.
Pierce, R. W. C., Bemerkgn. üb. die Ätiologie der Skarlatina 1365.
Piery, M., Übertragbarkeit des Schweißes Tuberkulöser 1668.
Pillet (Rouen), Neoplasma d. Niere m. einem interkur. Gichtanfalle 1262.
Pilod, M., Die antisept. Wirkg. d. Seife 1617.
Pinard 854.
Pincussohn, Ludwig, Untersuchg. üb. d. Entstehg. des Ödems 1319.
Pinés, Noé, Klinische Bedeutg. der Reaktion v. Hecht 1487.
Pinkus 851, 856, 858, 1236, 1588.
— Felix, Beitrge. z. Kenntnis d. Berliner Prostitution. Die Syphilis der Prostituierten 1129.
— Z. Kenntnis d. Hirnschwellungserscheinungen während d. Syphilisbehandlung 1308, ferner 1371.
Pinkuss, A., Z. Behdlg. des inoperablen Karzinoms mit Mesothorium u. komb. Behandlungsmethoden 1757.
Pisko, Edward, Recklinghausensche Krankheit 1035.
Platon, Charles, Neurasthenia syphilitica 1171.
Planghu, Pseudoparalysis syphil. (Parrot.) 1174.
Plehn (Berlin), Polyneuritis luetica 1171.
Pleschner, H. G., Fall v. Prostatasarkom 966.
Plicque, A. F., Die biokinetische Methode nach L. Jacquet in der Dermatologie 1617.
— Der Kohlensäureschnee in d. Bhdlg. von Hautkrankheiten 1623.
— Bhdlg. der Impetigo ulcerosa, spez. mit Methylenblau 1734.
Plicque, A. F., Die Bhdlg. d. weichen Schankers 1749.
— Die allgemeine u. lokale Bhdlg. des schankrösen Bubos 1749.
— Die Bhdlg. der Spermatorrhöe 1797.
Pöhlmann, A., Physiolog. Kochsalzlösg. d. neuen Pharmakopöe u. Wassermann-Reaktion 1078.
— Verwendg. sodahaltiger physiol. Kochsalzlösung bei der Wassermann-Reaktion 1078.
Pötzl, O., u. Schüler, A., Letale Hirnschwellung bei Syphilis 1172.
Poggiolini, A., Können, unabhängig von den Streptokokken, andere Keimarten den Rotlauf erzeugen? 1742.
Poisson, L., u. Lerat, Henri, Luxation des Hodens nach Trauma 1798.
Pokrowski, Einige Fälle von Anwendung des Salvarsans bei Syphilis 1561.
Dei Poli, Tuberkulose u. Purpura 1668.
Policard s. Morel.
Politzer, S., Hautkrankheiten in Beziehung zum Nervensystem 1609.
— u. Wile, Udo J., Xanthema tuberosum multiplex 1131.
Pollaci, Giuseppe, Die Vakzineimmunität der Variolakranken und die in den Variolakrankenhäusern ausgeführten immunisierenden Impfungen 1660.
Pollak, J., Die klin. u. physiol. Bdtg. der Chromozystoskopie 1598.
— Rudolf, Erythema nodosum und Tuberkulose 1648.
— Victor, Z. Behdlg. des varikösen Symptomenkomplexes m. d. Spiralschnitt n. Rindfleisch-Friedel 893.
Polland, R., Wert der internen Blennorrhöetherapie 1042.
— Üb. Aplasia pilorum moniliformis 1188.
— Lichen ruber planus, dch. Salvarsan geheilt 1734.
Pollet, M. J. H., Üb. impetiginöse Nierenentzündungen 1422.
Pollitzer 850.
Pollock, G., Erythema nodosum 1343.
Poncet, Antonin, u. Leriche, René, Entzündl. Tuberkulose der Haut 1413.
— — Syphilis der Thyreoidea 1510.
Ponndorf, W., Die Kaninchenimpfung 1390.
Pool, E. H., Z. Behdlg. d. Ulcera varicosa 895.
Poór, F., Syphilis in der Beleuchtg. d. neueren Versuchsuntersuchungen 1683.
Popoff, Methodi, Üb. hämolysehemmende Eigenschaften bei luetischen Seren und über die Möglichkeit ihrer Ausnützung f. eine Serodiagnostik bei Syphilis 1687.

Digitized by Google

Porcheron, André, Die Entwicklung d. Hautepithelioms a. d. Boden von Dermatosen 1274.
Porosz, M., Die gerichtsärztl. Feststellg. d. Impotenz u. Perversität 957.
— Wie soll Nebenhodenentzündung behandelt werden? 962.
— Die sexuelle Neurasthenie 1072.
*— Wie behandelt man die Nebenhodenentzündung? 1580.
del Portillo, Luis, Technik d. rektalen Applikation des Salvarsans 1071.
— Indikationen d. int. Bhdlg. u. spez. des Allosans bei blennorrh. urethrovesikalen Prozessen 1315.
Portner, E., D. Therapie d. Harnverhaltung 927.
— Todesfall nach 2×0,4 Salvarsan 1064.
Porzelt, Wilhelm, Fall von diffusen Venektasien d. Blasenschleimhaut 1794.
Posner, C., Wege u. Ziele d. modern. Urologie 926, 1073.
— Die Prognose d. Azoospermie 1130.
— H. L., Prostatakarzinome u. ihre chirurgische Behandlung 966.
*Pospelow jun., W. A., Fall von Jododerma tuberosum fungoides 1571.
— Psoriasis vulgaris 1589.
Post, Abner, Die Stellg. v. Quecksilber u. Salvarsan in der Syphilistherapie 1706.
Polter, N. B., u. Milne, L. S., Bronzediabetes. Bericht über einen Fall unter bes. Berücksichtigg. d. Pathologie d. Pankreas b. Diabetes 890.
Potter, P. A., Ödem bei Kindern 1319.
Pouget, Jules, Klin. Studie über den Urin von Kranken, die an papuloversikul. Ekzem leiden 1420.
Poujol, Jean, Das Gesetz des Alternierens bei der Schwangerschaft Syphilitischer 1455.
Poulsen, V., Üb. einen neuen Fall v. Alkaptonurie u. Ochronosis 994.
Pousson, Alfr., Chirurg. Bhdlg. der Nierensteine 1262, 1447.
Pouyaud, Beitrag z. Kenntnis d. Azidität des Urins usw. 993.
— A. P., Beitr. z. Kenntnis d. Azidität d. Urins. Ihre Veränderg. unter der Einwirkg. d. Bromkaliums 993.
Powell W. W., Behandlg. v. blennorrh. Arthritis 1024.
Prašek s. Landsteiner.
Preis, K., Die Therapie der Lues 1703.
Preston, J. W., Geistige Überanstrengugen u. Gemütsbewegungen als möglicher ätiologischer Faktor in gew. Fällen von Pellagra 1315.
Prévost, P., Bukkale Läsionen bei Hydroa 1344.
Pribram, Egon Ewald, Üb. partielle traumatische Transplantation v. Fingernägeln 1190.
Prigl, H., Fall v. Blasenaktinomykose 956.
Pristavesco, Georges, Beitrg. z. Studium d. Blasendarmfisteln 1332.
Prosskurjakow, Z. Frage d. Fürsorge d. mit vener. u. mit Hautkrankheiten behafteten Frauen d. Petersburger Arbeiterklasse 1177.
— Die Grundlagen d. Bhdlg. d. Hautkrankheiten m. Strahlenenergie 1275.
Proust, Fernresultate d. Prostatektomie b. Hypertrophie d. Prostata 991.
v. Prowazek, S., Natur u. Ätiologie d. Psoriasis vulgaris 1419.
— Einfluß hämolytischer Stoffe auf Spirochäten (Spironemacea) 1604.
— s. Halberstaedter, L.
Pruschanskaja, Selda, Blennorrhöe in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 1017.
Prytek (Charlottenburg), Z. Kenntnis d. Immunität nach Trichophytieinfektionen 1130.
Puifferat,, Alfred, Das Jellinecksche Zeichen b. Morb. Basedowii 891.
Pulawski, A., Fall von Addissonscher Krankheit 1767.

Queirolo, G. B., Hirnsyphilis 1530.
de Quervain (Basel), Neueres z. Anatomie d. Prostatahypertropie 967.
Queyrat, L., Wahrscheinl. syphil. Reinfektion nach Salvarsanbehdlg. 1167.
— Doppelter Schanker 1489.
— Syphilis u. Neosalvarsan 1722.
— Allg. Direktiven zur Behandlung Syphilitischer 1193.

Rach, Egon, u. v. Reuss, A., Fall von Ikterus und Zystitis bei einem männl. Säugling 1796.
Radaeli, Francesco 1002.
Raether, Walther, Üb. intravenöse Injektionen v. Hydrarg. formamid. mit und ohne Hirudin. 1193.
Raffle, A. B., Das Schließen d. Schulen bei Masern 1367.
Rafin (Lyon), Asepsis u. Infektion d. tuberkul. Urine 1075.
— Modus d. Beginns d. renalen Tuberkulose 1075.
— Dauer der nicht operierten Nierentuberkulose 1448.
— s. auch Arcelin.
Rall, Alfred, Üb. d. Verhalten d. Körpergewichts bei Quecksilberbhdlg. 1286.

Digitized by Google

Ramella, N., Üb. einen posit. bakteriol. Befund in Fällen von schwerer Pellagra 1316.
Ramond, Felix, Bhdlg. d. blennorrh. Arthritis 1023.
— Der blennorrh. Rheumatismus 1822.
Rasch 1116.
Ratera, Julián, Fall von blennorrh. Talalgie, m. Radiotherapie bhdlt. 1025.
Rathéry, Die irregulären intermittierenden Albuminurien 1808.
— u. Dumont, Nephritis mit hämorrh. Diathese 1812.
Rauvière, G., Über Neosalvarsan 1726.
Ravarit, G., Fall v. albuminur. Diabetes infolge Ermüdg. d. Niere 997.
Ravaut, Paul, Die bei manchen mit Salvarsan bhdltn. Syphilitikern beobachteten nervösen Spätreaktionen und die syph. Meningo-Vaskularitis 1194.
Ravogli, A., Die Schädigungen bei der Röntgentherapie 1621.
Rawls, Reginald M., Kolibazilleninfektion d. Harnwege 929.
— Infektion d. Harnwege m. Bact. coli 929.
— Der gegenwärtige Stand der Gonokokkeninfektion 1016.
Rayner, A. E., Die Behdlg. v. Hypertrichosis mit Röntgenstrahlen 1782.
Reck, Fritz, Beitrg. z. Genese d. Zylinder des Coma diabeticum 997.
Frhr. v. Redwitz, Erich, Zur Kasuistik der Mundschleimhauttuberkulose 1413.
Reenstjerna, Üb. die Kultivierbarkeit des Lepraerregers und die Übertragg. der Lepra auf Affen 1666.
Reese, Robert G., Die Wirkungen v. Salvarsan auf das Auge 1629.
Regidor, Ramón Lobo, Neuer Apparat, um Blut zu Untersuchungszwecken aufzufangen 1072.
Regnauld, Eugène, s. de Beurmann.
Reicher, K., u. Lenz, E., Weitere Mittlgn. z. Verwendg. d. Adrenalinanämie als Hautschutz i. d. Röntgen- u. Radiumtherapie 1284, 1622.
Reilian s. Swerew.
Reinhold (Hannover), Üb. die luet. Aortenerkrankung 1137.
Reiter (Königsberg), Bedeutg. der Vakzinetherapie für die Urologie 1785.
Relu, Léonce, Syphilis u. Reglementation der Prostitution 1044.
Remer, John, s. MacKee, G. M.
Remesow s. Selenin.
Remete, E., Die Veränderg. d. männl. Sexualorgane im Greisenalter 928.
— Über Antisepsis der Harnwege 930.
Renaud-Badet s. Aureille.
Renault, Alex., Ist die Neurotropie i. d. Sekundärperiode durch Syphilis od. durch Salvarsan bedingt? 1195.
— Betrachtgn. üb. die Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 1560.
Reneaux, E., s. Desneux, J.
Rénon, Louis, u. Richet, Charles, Fall v. typhöser Syphilis 1109.
v. Reuss, A., s. Rach, Egon.
Rey, Ch., Kultur d. Gonokokken a. d. zirkulierenden Blute 1253, 1816.
— s. Gallavardin, L.
Reyn, Axel, Fehlende Wasserm. Reakt. bei tert. Hautsyphilis 1130.
Reynard s. Desgouttes.
Reynolds, W. S., Quecksilber bei Syphilis 1706.
Ribbert, H., Bemerkgn. z. Millers Mitteilung über Histologie der Niere bei Hämoglobinurie 999.
— Ein kleines Chromatophorom d. Haut 1767.
Richards, William Martin, Funktionelle Zystitis durch Ametropie 888.
Richet, Charles, s. Rénon, Louis.
*Richter, Ed., Üb. molekular zerstäubtes Quecksilber bzw. Kontraluesin u. Behandlung der Syphilis mittels d. neuen Präparates 1218.
— Geo, Harnuntersuchungen am Krankenbett 992.
— Paul, Üb. die spezielle Dermatologie d. 'Ali ibn al 'Abbas (Haly Abbas) aus d. 10. Jahrh. uns. Zeitr. 1130.
Ridell, James R., Bhdlg. des Herpes tonsurans (Ringworm) der behaarten Kopfhaut 1425.
Riecke, Erhard, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1221, ferner 853.
Riedel (Jena), Die langsam bis zur Vernichtg. einer Extremität resp. d. Lebens fortschreitende Zerstörung von Haut- und Unterhautzellgewebe 1610.
Riehl, Gustav, Üb. Mikrosporie in Wien 1737.
Rihl, J., s. Hoke, E.
Rille, J. H., Üb. den syphilit. Primäram Nabel 1130.
— ferner 853.
Ringel (Hamburg), Pseudohermaphroditismus femin. 927.
y Rios, Pascual, s. Manon.
Rispal u. Verbizier, Salvarsan u. meningeale Erscheinungen 1717.
Rissmann (Osnabrück), Intramuskuläre Infusionen von Ringerscher Lösung bei Toxikosen, namentlich bei den Toxikodermien von Schwangeren und Wöchnerinnen 1616.

Digitized by Google

Ritchie, L. C. P., Das Verschwinden eines Hautkrebses unter lokaler Behandlung mit Adrenalin 1758.
Ritter, Hans, Üb. rationellen Röhrenbetrieb i. d. Röntgentherapie 1275.
— s. Meyer, Hans.
Rizat, Syphilis d. Gatten übertragen auf die Frau 1260.
Robinson, Daisy Orleman, Diagnost. Bedeutg. d. Noguchi-Luetin-Reaktion i. d. Dermatologie 1134.
— W. J., Sonderbare Fremdkörper i. d. Vagina 1015.
— Schanker der Urethra 1680.
Robson, M. J., Vorläuf. Mitteilg. üb. die Verwendung von Taraxakum bei Karzinom 1758.
Rocamora, J. Peyri, Medikamentöse Binden 1313.
— Salvarsan bei Lepra 1477.
Rockhill, Neue Bhdlg. der Variola mit Jodtinktur 1661.
Rockwell, A. D., Unwirksamkeit der Röntgenstrahlen bei Prostatahypertrophie 1804.
Rodillon, Georges, Die Petrifikation von Mikroorganismen im Urinsediment 1333.
Roemheld, L., Was nützt die Wassermannsche Blutprobe in diagnostisch zweifelhaften Fällen dem prakt. Arzt 1346.
Roger, Maurice, Üb. die diabetische Vulvitis 1015.
Rohleder, Hermann, Die Prostitution während d. Weltausstellung in Turin 1231.
— Die Zeugung unter Blutsverwandten 1478.
— Üb. künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex 1800.
Rohrbach (Kiel), Histol. Rückbildg. d. Hautsyphilide unter Salvarsan 1141, 1506. Polemik dazu 1319.
Rolleston u. Macnaughton, Familiäres Auftreten von Recklinghausenscher Krankheit 873.
— H. D., s. Golla, F. L.
Rollet, Das syphilit. Pseudo-Hypopyon 1513.
Romano, Giuseppe, Das primäre Epitheliom der Urethra des Mannes 1789.
Rombach, Valentine, Behdlg. d. Gelenkkomplikationen d. Trippers mit heißer Luft 1024.
Róna 851.
Rondoni, Pietro, Üb. die Überempfindlichkeit der Pellagrösen dem Mais gegenüber 1637.
Roosen, Rudolf, Instrument zum asept. Katheterismus 1787.
Roque, Germain, u. Chalier, Joseph, Die Rolle d. Leber b. d. Entstehung d. Hämaturie 1262.
Rosa, R., s. Cosco, G.
Roscher (Berlin), Beitrg. z. Kenntnis des Sklerödems Erwachsener 1156, ferner 857.
Rosenbach (Göttingen), Erfahrgn. üb. die Anwendg. des Tuberkulin Rosenbach bei chirurg. Tuberkulosen 1416, 1674.
Rosenberg, A. H., Z. Diagnose d. Skabies 924.
— Üb. Ikterus b. heredit. Syphilis 1103.
Rosenblatt (Odessa), Üb. die Wirkg. d. Salvarsans bei pathol. Veränderg. der Knochen dch. Syphilis 1693.
Rosenkranz, H. A., Therapeutische Notizen a. d. Kliniken von Berlin 1034.
Rosenow, Georg, Nierenzysten u. ihre Beziehgn. z. d. Nierenkörperchen 1000.
Rosenquist s. Selenin.
Rosenthal s. Gaston.
— O., Über Spermatozele 1156.
— Über Salvarsan 1713.
— Die Massage d. Hautkrankheiten 1617.
— ferner 857, 1063, 1064.
Rost, G., Salvarsan bei Frambösie 1747.
Roth, A., Die ambulante Behandlung d. Ulcus cruris 894.
— E., Zur Geschichte der balsamischen Bäder 1346.
Rothbaum (Aussig), Bemerkungen zu dem Artikel von Waelsch, S. 870 870.
Rothe, L., Fall von Naevus syringocystadenomatosus (Hidrocystoma papilliferum) mit Plasmom 1156.
Rotky, Karl, Beitr. z. Infektion m. d. Micrococcus blennorrhoeae (Neisser) 1816.
Roubier, Ch., u. Bouget, H., Der Pyopneumothorax in der Lungensyphilis 1509.
Roucayrol, E., Wert der elektrolyt. Detersion und die Rolle, welche dieselbe bei chronischen Harnröhrenentzündungen spielt 1790.
Roussel, René, Nephritis mercurialis 1287.
Roussignol, Ed., Die Hydroa vacciniformis Bazin 1651.
Roux s. Patein, G.
Le Roy des Barres u. Tissier, Die Prostitution in Hanoi 1606.
Rubino, A., Epilepsie in der Sekundärperiode der Syphilis 1174, 1532.
Rubinraut, A., Stoffwechselversuche bei Akromegalie 1765.
Rubow, V., u. Sonne, Carl, Untersuchungen über die Wirkg. des uni-

Digitized by Google

versellen Lichterythems auf die Respiration bei Herzkranken 1645.
Runge, E., Die Bhdlg. gynäkologischer Hauterkrankungen mittels Röntgenstrahlen 1815.
Ruotsalainen, A., Eine eigenartige Stirngeschwulst (Endotheliom) 869.
Ruß, C., Einige Bemerkungen in bezug auf syphilitische Sera 1486.
Russel, R. Hamilton, Artefizielle Hypospadie als Mittel gegen unpassierbare Harnröhrenstriktur 1788.
Rutnäh, C., Behandlung der Enuresis nocturna der Kinder 927.
Rygier, Stephanie, Arthigonbehdlg. d. blennorrh. Vulvovaginitis kl. Mädchen 1042.
— u. Müller, Ernst, Steinkohlenteer in der Dermatologie 1593.
Rytina, A. G., Über Neosalvarsan 1632.

Saalfeld, Edmund, Über Warzenbehandlung 871.
— Anatom. Beitrag zur Lehre vom vorzeitigen Haarausfall 1156.
— Hämangioendotheliome 1588.
— ferner 1063, 1064.
Sabat, B., Sklerom, geheilt dch. Röntgenbehandlung, und über meine Methode der Bestrahlungen 1746.
de Saboulin, E., Beitrag zur Kenntnis einiger nervöser Begleiterscheinungen d. Blennorrhöe (Meningitis cerebrosp., Polyneuritis, Myelitis) 1021.
Sabouraud, R., Trichoclasia idiopathica 921.
— Ekzema marginatum Hebrae u. seine häufige Lokalisation a. d. Füßen 1157.
— Behdlg. d. äußerl. parasitären Krankheiten 1284.
— Behandl. der Psoriasis mit Enesoleinspritzungen 1733.
Sabourin, Ch., Die dorsolumbalen Hautstriae bei Tuberkulösen 897.
Sabrazès, Jean, Neue, einfache und sichere Methode der Spirochätenfärbg. im Ausstrich 1602, ferner 1394.
— u. Dubourg, E., Akute tegumentäre Neurofibromatose: klinische u. pathologisch-anatomische Studie 872.
Sachs, L., u. Strauss, J., Über die Verwendg. des Salvarsans bei Syphilis des Nervensystems 1168.
— Otto, Beitrag z. Anatomie u. Histologie d. weibl. Urethralwulstes 1014.
— Zur Anwendg. d. Urotropins (Hexamethylentetramin) in d. Dermatologie 1289.
Saccone, Andrea, Über d. Ausscheidg. u. die toxische Wirkung d. Salvarsans. Experimentelle Untersuchungen 1198.
Sadoun, Charles, Einfluß d. Quecksilber- u. Arsenikbehdlg. auf d. Modifikat. d. Serodiagnostik d. Syphilis 1080.
Saint Girons s. Achard.
*Sakaguchi, Y., Über ein neues Verfahren zur Gewinnung d. Blutserums 875.
Sakurane, K., Behdlg., Heilung und Rezidive d. Syphilis 1258.
— Fall v. Leiomyositis cutis (Dermatomyositis) parench. chron. prim. 1259.
— Okugawa, S., u. Kuboyama, T., Erfahrungen üb. Salvarsanbehdlg. d. Syphilis 1259.
— u. Yamada, Sh., Über Pellagra 1389.
Salimbeni, A. T., u. Gery, Louis, Beitrag z. Stud. d. pathol. Anatomie des Alters 1608.
Salomon, Albert, Über die Behdlg. von Angiomen u. Nävi, spez. m. Kohlensäureschnee 1623.
— O., Über eine f. Pediculos. capit. charakt. Hauterkrankung 925.
Salles, Laurent, Ein verschluckter Strohhalm, der unter der Haut wieder zum Vorschein kam 923.
Salzes, Emile, Einige Fälle nervöser Syphilis bei den Eingeborenen Nordafrikas 1171.
Sambon 888, 1382.
Sampelayo, Hernandez, Fall v. total. Alopezie (Pelade décalvante) im Verl. einer syphilit. Infekt., geheilt mit zwei Salv.-Injekt. 921, 1072, 1313.
Samuel, Arthur, Der Hoden b. Nebenhodentuberkulose 961.
Sano, S., u. Maki, G., Behdlg. d. Pigmentanomalien d. Haut mit Kohlensäureschnee 1100.
Santa Maria, Saenz, u. Marrón, Ein Fall von blauem Mongolenfleck bei einem Kinde 890.
Santi 850.
Sarkisow, Resultat der Salvarsananwendung in der ambulat. Praxis 1561.
Sauphar s. Milian.
Savarè, M., Über die Kraurosis vulvae 1014.
Savatard, L., Karzinoma sebaceum und dessen Beziehg. zu Ulcus rodens 1444.
— Fibrosarkombildung in leprösem Narbengewebe 1444.
Savill, A. F., Die Behandlung v. Hypertrichosis mit Röntgenstrahlen 1782.
Savin, L. M. A., Hautjucken bei Tabes 922.
Savy, P., s. Courmont, J.
Sbrozzi, Unvollständiger Addisonscher Symptomenkomplex. Addisonsche Krankheit ohne Veränderungen der Nebennieren 874.

Digitized by Google

Scaduto, G. 1458.
Scalone, Ignazio, Über die Durchgängigkeit der Haut für Bakterien n. d. Behdlg. nach Grossich u. nach der gewöhnl. Behandlung 1611.
Schaack, Wilhelm, s. Hesse, Erich.
Schamberg, Jay Frank, Die moderne Behandlung der Syphilis 1177.
— Hautkrankheiten u. fieberhafte Exantheme 1599.
*— Die Behandlung d. Impfstellen mit einer alkoholischen Lösung v. Pikrinsäure und Jod 1355.
— u. Kolmer, J. A., Idem 1391.
— — Exper. Studien über die Anwendg. des Salvarsans per os bei Menschen und Tieren 1716.
Scharff, P., Urethrothermische Therapie 1792.
Schattenstein, Zur Frage d. tertiären syphilitischen Fiebers 1454.
Scheele, Karl, Die klin. Bedeutg. der Giftigkeit von Scharlachfarbstoffen in Salben 1634.
Schelenz, Hermann, Syphilis u. Prostitution in Shakespeares Dramen 1044.
Schein, M., Der Haarwuchs 1601.
Schellack (Berlin), Über „perkutane" Infektion mit Spirochäten des russischen Rückfallfiebers, der Hühnerspirochätose u. d. Kaninchensyphilis 1481.
Schemensky, W.: Zur Kasuistik und Ätiologie der multiplen symmetrischen Lipomatosis 1763.
Schereschewsky, J., Reinzüchtung d. Syphilisspirochäten 1603.
Scherk, Henry J., Ein Prostatometer 965.
Schestopal, Todesfall n. Anwendg. von Neosalvarsan 1723.
Scheuer, Oskar, Azoospermie und Syphilis 964.
— Urethrskop. Befunde b. Spermatorrhöe und Prostatorrhöe 964.
— Üb. Pemphigus syphil. adultorum 1105.
Schidorsky, N., s. Bittorf, A.
Schieck, F., Bedeutung d. komplementbindenden tuberkul. Antikörper 1079.
Schiemann, Oskar, Über quant. Eiweißbestimmungen n. Tsuchiya 997.
Schiff, Eduard, Physikal. Behdlg. v. Hautkrankheiten 1622.
— Über Errichtung von Radiumstationen in öffentlichen Krankenanstalten 1384, ferner 1384, 1476.
Schiller, K., Beeinflussung d. Entzündungen bei Diabetes 898.
Schilling u. Naumann, Über d. Verteilg. d. Arsens im tier. Organismus 1281.
Schindler, Carl, Die paterne Übertragung der Syphilis auf die Nachkommenschaft 1157.
— Zur Technik u. Wirkung d. intramusk. Inj. des Joha 1721.
— Erfahrungen mit Joha 1721.
Schirokauer, H., Zum Zuckerstoffwechsel bei Addisonscher Krankheit 889.
Schlasberg, H., Der Einfluß des Salvarsans auf die Nieren bei intravenösen Injektionen 1445.
Schlenska, A., Ein modif. Goldschmidtsches Instrument z. Untersuchung und Behandlung der vorderen Harnröhre 1789, ferner 858.
Schlueter, H., 2 Fälle v. Samenstrangtumoren 963.
Schmelz, J., Die Jod- u. Arsentherapie bei Tabes 1175.
Schmidt, A., Die spezif. Behdlg. der Blennorrhöe, mit bes. Berücksichtg. d. Zervixblennorrhöe 1020.
— H. E., Beeinflussung d. Hautreaktion n. Röntgenbestrahlg. durch d. Adrenalinanämie 1157.
— Karl, Zur Kenntnis d. Ehrmannschen Luesphänomens 1592.
— Rudolf, Zur Klinik der Gelenkerkrankungen 1825.
— Willi, u. Wagner, F., Beitrag zur pathol. Anatomie d. Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi), Folliculitis nuchae scleroticans 1089.
Schmieden, V., u. Hayward, E., Der heutige Stand der exper. und therap. Verwertg. d. Scharlachfarbstoffe 1288.
Schmitt, A., Klin. Erfahrungen mit d. Schindlerschen Joha 1165.
— Weitere Erfahrgn. mit Salvarsan 1714.
Schneider, N., s. Marischler, J.
Schneller (Kiel), Beitrag z. Reinfectio syphilit. 1489.
Schöller, W., u. Schrauth, W., Neuere Anschauungen über den Chemismus d. Gift- und Heilwirkungen organischer Hg-Verbindungen 1623.
Schöne, G., Über Transplantationsimmunität 1272.
Schoenrich, Herbert, s. Likes, Sylvan H.
Scholefield, R. E., u. Weber, F. P., Fall von Sklerodaktylie mit subkut. Verkalkung 920.
Scholtz, W., Die Behandlung d. Ekzems 1421.
Schopper, K. J., Exper. Untersuchgn. üb. e. Zusammenhang zw. Leberschädigg. u. Hodenveränderg. 960.
Schott, A., Verfahren z. polychromen Färbg. geformter Harnbestandteile 992.

Digitized by Google

Schrager, V. L., Klinik d. Lebersyphilis 1111.
Schramek, Max, Beitrge. z. Trichophytie d. Kopfes u. d. Nägel 1157.
Schrauth, W., s. Schöller, W.
Schreiber s. Comby.
— E., Über Neosalvarsan 1631.
— Dosierg. u. Anwendg. des Neosalvarsans 1722, ferner 1476.
Schubert, Alfred, Üb. e. Fall v. hämophiler Blutg. a. d. Harnröhrenschleimhaut 936.
Schucht, Artur 970.
Schüffner, Die Wasserm. Reakt. bei Ulcus tropicum u. der Wert der verschiedenen Antigene in den Tropen 1748.
Schüler, A., s. Pötzl, O.
Schüssler, Heinrich, Z. Therapie u. Prognose der Arthritis blennorrhoica 1822.
Schultz, Frank H., Kontraindikationen in der Röntgentherapie 1621.
— Klin. Erfahrungen m. d. Gonokokkenvakzin Arthigon (Bruck) 1041.
— G., u. Sternthal, Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig nach d. Erhebg. v. 1./2. bis 31./7. 09. 1230.
— H., Haut, Haare, Nägel 1337.
— J. H., Beitrge. z. klin. Studium u. d. quant. Prüfg. d. Hautreaktion auf chem. Reize 1157.
Schultze, W. H., Verkalkung 964.
Schuster (Aachen), Üb. Nervensyphilis 1529.
Schwab, Roger, Üb. den rezidivierenden Zungenherpes 1363.
Schwartz, Hans J., Vergleichende Studie d. Wassermann- u. Weil-Kobragiftreaktion auf Syphilis 1076.
— Die Komplementbindung als diagnostisches Hilfsmittel bei akut. u. chron. Arthritis 1825.
Schwarz, Eduard, Tabes, Lues cerebri u. ihre Beeinflussung dch. Salvarsan 1174.
— Über „Neurorezidive" nach Salvarsan 1195.
— Gottwald, Die Kalomelreaktion d. Röntgenstrahlen u. ihre Anwendg. z. Dosimetrie 1082.
— u. Zehner, Über einige biochem. Strahlungsreaktionen. Versuche mit Thorium X 1618.
de Schweinitz, G. E., Üb. die Bhdlg. der verschiedenen Formen der Augensyphilis mit Salvarsan 1567.
Schwenk, Curt, Symmetr. Osteomyelitis nach Variola 1660.
Scoffier, Louis, Salvarsan i. d. Bhdlg. d. Heredo-Syphilis 1168.
Searle, C., Bhdlg. eines destruierenden Ulkus mittels Dekokt von Schwarzwurzel 1750.
Seegers, K., Üb. Hexal (sulfosalizyls. Hexamethylentetramin) 1785.
Seelig, Z. Röntgendiagnose d. Harnsteine 1074.
Seifert, Otto, Üb. Tuberkulose d. äußeren Genitalien d. Weibes 1158.
Seiffert, G. Beziehgn. zwischen natürl. Immunität u. spezif. Serumstoffen 1232.
— Oskar, Lues maligna mit hämorrhag. Exanthem 1047.
*Selenew, J. F. (Moskau), Ulcus rotundum ventriculi bei einem Syphilitiker; tödlicher Ausgang nach der zweiten Salvarsaninjektion *843, 984.
*— Fall v. Vergrößerg. d. linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sin.) nach rechtsseit. Kastration b. e. 18j. jungen Manne 985, *1323.
Selenin, Molodenkow, S., Remesow, Rosenquist u. Ustinow, Bericht üb. die Anwendg. d. Salvarsans in den Moskauer Stadtkrankenhäusern 1910, 1162.
Seligmann 909.
Selinski, Salvarsan als Klistier 1631.
Sellei, J., Vakzinbehdlg. d. blennorrh. Prostatitis u. Arthritis 1022.
— Versuche mit Prostatazytotoxin 1073.
— Kochsalzausscheidg. d. Nieren mit besond. Bezug auf Theocin. natr. acet. 1073.
— Üb. Neosalvarsan 1729.
— Z. Bhdlg. des Pruritus cutaneus 1774.
Sémionov (St. Petersburg), Vergleichender Wert d. momentan gebräuchl. Methoden d. Auffindg. u. Färbg. von Tuberkelbazillen im Urin 993.
Seppilli, G., Pellagröser Symptomenkomplex infolge von Alkoholismus 1637.
Sequeira, James H., Fall v. (infekt.) Angiom 920.
— Fall z. Diagnostizieren 920.
— Fall v. Trichophyton-Granulom 982.
— Üb. d. prakt. Resultate d. neueren Fortschritte b. d. Diagnose u. Therapie d. Syph. 1177.
— Ein n. d. Pfannenstillschen Methode beh. Fall v. Lupus vulgaris u. Skrophulodermie 1253.
— Fall von Hutchinsons infektiösem Angioma 1502.
Serebrennikow, Fall v. pilzähnlichem Granulom 983.

Digitized by Google

Sergent, Emile, Die syphilitische Mediastinitis in ihren Beziehungen mit dem Aneurysma der Aorta 1525.
Serkowski, Stanislaw, Die Vakzinotherapie 1010, 1011.
Serra, Alberto, Inokulation d. Hansenschen Bazillus ins Kaninchenauge 1411.
— u. Gentili, Attilio, Wassermannsche Reaktion im Nabelstrangblut usw. 1052.
Serrano, M., u. de Aja, Alvarez Sainz, Titer der Salvarsanlösungen 1313.
— — Bhdlg. d. nodulären Hauttuberkulide m. d. Bierschen Methode 1314.
— s. Nonell, J.
Sexton, L., Beobachtungen an Blasensteinen 1796.
Shaw, T. B., Die im Royal Noval Hospital zu Aaslar m. d. Salvarsanbhdlg. bei Syphilis erzielten Resultate 1164.
Shiga, K., Die Wasserm. Reakt. und der Verlauf derselben n. d. Salvarsaninfusion 1688.
Shmamine, Tohio, Eine einfache Schnellfärbungsmethode von Spirochäten 1226.
— Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida und der nadelförmigen Bakterien aus syphilitischem Material, mit besonderer Berücksichtigung der Reinkultur von Spirochaeta dentium und des Bazillus fusiformis aus der Mundhöhle 1603.
Shoop, Frederik J., Röntgenstrahlen b. d. diff. Diagnose zw. Gumma- u. Osteosarkom 1258.
Short, A. R., Endresultat der operativen Behandlung beim Zungenkrebs 867.
Shropshire, Courtney W., Essentielle Hämospermie 1035.
Sicard u. Leblanc, Salvarsan u. bleihaltiges destill. Wasser 1626, ferner 1345, 1723.
Sidorenko, P., Z. Frage der Fibrolysinwirkg. auf Narbengewebe 1761.
Sieber, H., Exper. Beiträge zur Pyelitis gravidarum 1813.
Siebert 909.
— Conrad, Untersuchgn. üb. die Syphylisreaktion n. Karvonen 1158.
— Die Technik d. Salvarsanbhdlg. 1201.
— s. Joseph, Max.
— W., Z. Ätiologie des infekt. oder venerischen Granuloms 1749.
Sierra, Rodriguez F., Behandlung d. Syphilis mit intravenösen Salvarsaninjektionen 862.
— Allg. Bemerkgn. über Radium bei Hautkrankheiten 1315.
Sieskind, Richard, Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie 1559.
Siew, Basja, Aszendierende Nierentuberkulose 930.
Sigwalt, Paul, Üb. d. Behdlg. d. Gangrän mittels heißer Luft 898.
da Silva, Carlos, Ein Jahr Praxis mit Salvarsan usw. 1065.
Silverberg, Melville, Die periurethralen Komplikationen der Striktur 1791.
Silvestri, T., Syphilis u. Scharlach 1104.
Simchowicz, Tauba, Die Salvarsanbehandlung metasyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems (Dementia paralytica u. Tabes dorsalis) 1194.
Simmonds, M., Nabelschnurentzündung und Syphilis 1510.
— Männlicher Geschlechtsapparat 1783.
Simon, J., Arthigonbehdlg. d. Blennorrhöe 1042.
Simonelli, Klin. Beitrg. z. Bhdlg. d. Syph. m. Salvarsan 1192, 1312.
— Pathogenese d. Erythema pernio 1192, 1312.
Simons, J., s. Bernstein, E. P.
Simpson, C. A., Über das Exzem bei Kindern 1420.
— Frank E., Keratodermia blennorrh., mit Bericht üb. einen Fall 1818.
— W. J., Beobachtgn. üb. die Ätiologie der Vakzine und die Kultur eines Variolamikroorganismus 1663.
Sippel (Frankfurt), Aufsteigende Infekt. der Harnwege bei frisch verheirateten Frauen (Kohabitationszystitis und -pyelitis) 1784.
Sisto, P., Üb. das tertiärsyphilit. Fieber 1049.
Siter, E. H., Dilatation des prostat. Teiles der Urethra zur Beseitigg. der Symptome einer Prostatavergrößerung 1791.
Skinner, Clarence Edward, Die praktische Anwendg. von Röntgenstrahlen bei der Therapie maligner Tumoren 1751.
Skudro, Stanislaw, Beitr. z. Vergiftg. mit Quecksilber 1624.
Sluys s. Jacqué.
Smiley, Orvell, Bhdlg. d. Akne vulgaris mit autogenen Vakzinen 1736.
Smith 1115.
— E., Üb. die Behandlung von Masernkranken 1368.
— E. O., Diagnose d. Nierenerkrankungen f. d. Chirurgen 888.
— Herbert J. 1458.

Digitized by Google

Smith, Martha, J., Syphilis beim Weibe, 887.
— M. M., Pellagra 1639.
— W. G., Physikalisches u. Biochemisches in bezug auf Dermatologie 1442.
Snow, W. B., Operationslose Bhdlg. der Prostatitis 1803.
Snyder, E. J., s. Warthin, Alfred Scott.
Soederlund, Gustaf, Zur Frage der Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose, speziell d. sog. „Kittniere" 1408.
Solger, B., Üb. die Verwendg. eines Klebemittels b. Untersuchg. auf Spermien 1251.
Solowjew, Klin. Beobachtg. üb. die Wirkung des Neosalvarsan 1722.
Solowow, 2 Fälle v. Stich-Schnittwunden der Niere 1073.
Sommer, Ernst, Röntgentaschenbuch 1221.
Sommerfeld, P., s. Aronson, Hans.
Sommerville, David, Syphilis 1682.
Sonne, Carl, s. Rubow, V.
Sonnenberg, E., Fall v. hereditärer Syphilis in der zweiten Generation 1009.
— Üb. die doppelte reduzierende Zuckerprobe 1098.
Sonntag, Erich, Erfahrgn. üb. Serumdiagnostik d. Syphilis mittels d. Wassermannschen Reakt. 1055.
Soprana, F., Tod nach Salvarsanbhdlg. infolge Hirnlues 1530.
— Üb. einen Todesfall inf. rezid. zerebraler Syphilis n. 2 Injekt. v. Salvarsan 1720.
Sorel, F., s. Marghoux, E.
Sormani, B. P., Die Bedeutg. der paradoxen Sera bei der Wasserm. Reaktion 1687.
Sorrentino, Goffredo, Die Purpura 1478.
— Zwei Fälle von Hutchinsonscher Keratitis 1513.
— U., Bedeutung d. Zytologie d. Zerebrospinalflüssigkeit b. Syphilis 1053.
Souček, Alfred, Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen 1658.
Souques, A., Der Infantilismus und die Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens 1797.
Le Sourd, Louis, u. Pagniez, Ph., Purpura haemorrhagica mit völligem Mangel der Blutplättchen 1643.
Sowade, H., Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie 1158.
— Eine Methode z. Reinzüchtung der Syphilisspirochäte 1227.
— Die Kultur der Spirochaeta pallida u. ihre experimentelle Verwertung 1593, ferner 1490.
Speciale, Antonio, s. Longo, Pasquale.
Speese, John, Harnröhrensteine 1792.
Spengler, Carl, Tierexperimenteller Nachweis, Züchtung u. Färbung des Syphiliserregers 1050.
Spielvogel, Natalie, Üb. kollaterale Atrophie von Harnkanälchen um Infarkte herum 1000.
Spiess, Gustav, u. Feldt, Adolf, Die Bedeutg. d. Anästhesie (Areflexie) in der Entzündungstherapie 1826.
Spiethoff, B., Ätiologie und Pathologie des Lupus erythem. acutus 1158.
— Magendarmstörungen bei Haut- und Schleimhauterkrankungen 1610.
— Salvarsan und Nervensystem 1626.
Spiller, Fritz, s. Leiner, Carl.
Spillmann, L., u. Boppe, L., Intradermale Lymphozele 1256.
— u. Boulangier, Therap. Resultate von 100 Neosalvarsaninjektionen 1257.
Spittel, R. L., Fall v. Konkrementen in der Pars prost. urethrae 937.
Spitzer, Ernest, Frühbehdlg. d. Blennorrhöe 1043.
Spivak, Louis J., Natrium cacodylicum bei Syphilis 1137.
Splendore, A., Boubas. Blastomykose. Leishmaniose. Bemerkungen üb. einige in Brasilien beobachtete frambösische Erkrankungen 1749.
Sprecher, Zum Studium d. Nävus 1035.
*Sprinz, O., Über die Glandula caudalis bei Cavia cobaya 1371.
Spude, H., Die ersten Versuche mit einer neuen Kombinationsbehdlg. des Krebses (elektromagnetische Reizarsenbehandlung) 1752.
Squier, J. Bentley, Behebung d. Prostataobstruktion 969.
Stanziale, Rudolfo, Beobachtgn. z. d. Mitteilg. v. Truffi: „Einpflanzung von leprösem Material in die vord. Augenkammer von Kaninchen" 1331.
— Über experimentelle Übertragung der Lepra 1393.
— Weitere Untersuchgn. üb. d. Inokulierbarkeit leprösen Materials in d. vord. Augenkammer v. Kaninchen 1410.
Staunig, Konrad, Paradoxe Albuminurie u. Urobilinurie, üb. Entstehung kardialer Zirrhosen u. „Herzkropf" b. organ. Trikuspidalerkrankgn. 996.
Steeve, Harald F., s. Lydston, G. Frank.
Steiger, O., Unangenehme Begleiterscheinungen n. intramusk. Injekt. v. „Joha", einem 40%igen Salvarsanpräparat 1721.
Stein, Arthur, Die Wassermannsche

Digitized by Google

Reaktion in ihrer Bedeutung für die Gynäkologie u. Geburtshilfe u. ihre Bedeutung für die Lehre von der Vererbung der Lues 1051.
Stein, J. B., Die Wassermannsche Reaktion 1057.
— Einige wichtige Punkte aus der Geschichte des Syphiliserregers 1456.
— Robert Otto, Zur biologischen Differentialdiagnose von Lepra u. Tuberkulose 1668.
Steiner, Gabriel, Beiträge z. pathol. Anatomie d. peripheren Nerven bei den metasyphilit. Erkrankgn. 1532.
Steinhaus, Bemerkgn. z. d. neueren Arbeiten üb. Anwendg. d. v. Dungernschen Methode d. Serodiagnostik der Syphilis 1076.
Steinmeier, Albrecht, Aneurysma spurium bei Aortitis syphilitica 1526.
Stern, C., Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung d. Verhütung u. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten 1554.
— Heinrich, Reis in der Diät der Diabetiker 1811.
— K., Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Warzen 1762.
— Karl (Heidelberg), Über Fieber im Tertiärstadium der Syphilis 1159.
— (Düsseldorf), Über die Mitwirkung der Kreisverwaltungen bei der Bekämpf. des Lupus 1418.
— Erfahrungen mit Salvarsan u. Neosalvarsan 1474.
— Marg., Eine Vereinfachg. u. Verfeinerung d. serodiagnost. Syphilisreaktion 1055.
— Maximilian, Adenoma sebaceum d. Schleimhaut der Mundhöhle. 2 Fälle Neue Behandlungsart 1034.
— Samuel, Hypertrichosis, deren Behandlung mit X-Strahlen 925.
Sternberg, Zur Physiologie d. Kitzelgefühls 1225.
Sternthal, Alfred, Epidemie v. Mikrosporie unter Braunschweiger Schulkindern 1159.
— s. Schultz, G.
Sticker 1385.
Stieda, Alex., Prostatektomie n. Wilms 970.
Stillians, A. W., s. Fantus, Bernhard.
Stockmann (Glasgow), Vakzinebehandlung d. blennorrh. Arthritis 1023.
Stocks, M., Fall v. chirurg. Emphysem während der Geburt 923.
Stoeckel, W., Bemerkung zu dem Aufsatz von Hüssy 953.
Stötter, H., s. v. Angerer, K.
Stokes, Arthur C., Sarkom d. Hodens, m. Ber. üb. ein. Fall 960.
Stoops (Crosbyton), Die Behdlg. von Verbrennungen mit Liquor cresolis compositus 1644.
Stopford-Taylor, G. G. S., Typen von Dermatitis seborrhoica 1443.
— u. MacKenna, R. W., 16 Monate lange Erfahrgn. m. Salvarsan 1140.
Stradiotti, G., Über einen Fall von multiplen Verkalkungen d. Unterhautzellgewebes syphilit. Ursprungs 1776.
Strandberg, James, Über einige für die Dermatologie anwendbare neue kolloide Präparate 1386.
— Ore, Über die Behdlg. d. Schleimhautlupus nach Pfannenstills Methode 1676.
Stratz, C. H., Über Schwangerschaftsstreifen 897.
Strauss (Nürnberg), Die Nagelentzündung der Konditoren, eine Berufskrankheit 1740.
— A., Zur Chemotherapie d. äußeren Tuberkulose, spez. d. Lupus 1385.
— Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau u. Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose, spez. bei Lupus 1674.
— s. Linden, ferner 1386.
— Eduard, s. Lampe, Arno Ed.
— J., s. Sachs, L.
Streissler, Ed., Über Urethralplastik durch freie Transplantation d. Wurmfortsatzes 936.
Streng 907.
Strominger, L., Arthritis cubiti u. Ureteropyelitis blennorrhoica, mit Antimeningokokkenserum behandelt 1450.
Stroscher, A., Erfahrungen mit dem Schindlerschen Joha in d. Praxis 1633.
— Behandlung d. Syphilis mit Neosalvarsan 1728.
*Struve, H., Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung 1005.
Stühmer, A., Über Neosalvarsan 1475.
— Klin. Erfahrgn. üb. Neosalvarsan 1723.
Stümpke, G., Die medizinische Quarzlampe 1336.
— Über die günstige Beeinflussung d. Pemphigus durch Salvarsan 1735.
— u. Brückmann, E., Zur toxischen Wirkung des Salvarsans 1198.
Stumm (Stralsund), Pockenerkrankgn. in der Stadt Königsberg in den Jahren 1875—1911 1660.
Sugimura, Shichitaro, Über d. Beteilg. d. Ureteren a. d. akut. Blasenentzündgn. nebst Bemerkgn. über ihre Fortleitung durch d. Lymphbahnen d. Ureteren 929, 1796.

Digitized by Google

Sugimura, Shichitaro, Beitrag z. Kenntnis d. echt. Divertikels a. d. Seitenwand d. Harnblase, m. bes. Berücksicht. seiner Entstehung 954.
Suter, Beitrag z. Histologie u. Genese d. kongen. Divertikel d. Harnröhre des Mannes 935.
Sutton, Richard L., Klin. u. histopathologische Studie über das Angiokeratoma scroti 869.
— Über Alopezia im allgemeinen, spez. eine bisher noch nicht beschriebene Form von Kahlheit: „Alopecia indurata atrophica" 1360.
— Sporotrichosis beim Menschen u. beim Pferd 1425.
— Klin. über Verrucae plantares 1763.
— Xanthoma tuberosum multiplex vulgaris als Myomatosis cutis disseminata diagnostiziert 1764.
— Klin. Notiz über Hyperhidrosis circumscripta 1774.
— u. Demice, Charles C., Über die Beziehungen zwischen Acanthoma adenoides cysticum (multiple benign cystic epithelioma) und Syringocystadenoma (Lymphangioma tuberosum multiplex) 870.
Swerew u. Reilian, Intravenöse Salvarsananwendung in 200 Fällen von Syphilis 1561.
Swift, Homer F., Die direkte Behdlg. syphilitischer Krankheiten d. Zentralnervensystems 1529.
— Anaphylaxie gegen Salvarsan 1613.
— u. Ellis, A. W. M., Die intensive Behandlung der Syphilis 1703.
— Joly J., Hämaturie 1258.
Swinburne, G. K., Blennorrhoische Arthritis 1825.
Szekeres, O., Über die Behdlg. des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalentem Antistreptokokkenserum 1657 (bis).
v. Szontagh, Felix, Über Diphtherie- und Typhuskutanreaktion 1611.

Tachau, H., Über den Übergang von Arzneimitteln in den Schweiß 1234.
Taicheire, Ch., Steine in der Urethra prostatica 937.
Tait, A. E., Betrachtungen über eine Masernepidemie 1658.
Tamássy, G., Über blennorrhoische Arthritis 1825.
Tánago, González, u. Pedraja, José, Behandlungsresultate d. orthostat. Albuminurie u. d. Urininkontinenz im Kindesalter, aufgefaßt als Tuberkelbazillenerkrankungen 996, 1808.
— — Behdlg. d. orthostat. Albuminurie u. der infantilen Inkontinenz 1037.
Tanaka, Takehiko, Beiträge zur Kenntnis der Lungensyphilis beim Erwachsenen, zugleich über die sog. muskuläre Lungenzirrhose 1509.
Tanasesco, J. Gh., Ruptur des Penis und der Urethra 1261.
Tandler, Jul., u. Zuckerkandl, O., Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie. Das Vorkommen v. submukösen Knoten a. d. Blasenmündung und a. d. Pars prostatica urethrae u. ihre Beziehungen zur Prostatahypertrophie 1011.
— ferner 1426.
Tanton, J., Urethroplastik durch Venentransplantation 1449.
Taparelli, O., Die Röntgenstrahlenbehandlung der Hautepitheliome 1759.
Tapken, Friedrich, Üb. e. Fall von Hydroa vacciniforme (Bazin) 1344.
v. Tappeiner, H., Beitrag z. Bhdlg. der Prostatahypertrophie durch Röntgenbestrahlung der Hoden 1804.
Tauber, Elmore B., Chronische Blennorrhöe u. ihre Behandlung 1332.
Tavel, E., Die Bhdlg. der Varizen dch. die künstliche Thrombose 1769.
Tedesko, Fritz, Eigenartige Kombination von paroxysmaler Hämoglobinurie mit Nierenschädigung 1810.
Teisset, G. 1112.
Teissier (Lyon), Phosphaturie und Oxalurie 999.
Terebinsky, Eigentüml. Fall v. keratoseähnl. systemat. Nävus (hornartiger Nävus) 926.
— Über die seröse Entzündung d. Hautepithels 1610.
— Weitere Beobachtgn. üb. den Fall von Boeckscher Krankheit (multiples benignes Sarkoid Boeck) 1766, ferner 855.
Terni 1382.
Terson, A., Augenläsionen beim polymorphen Erythem 1648.
— Augenerscheinungen b. polymorphen Erythem; Erythema nodosum und Tuberkulose; Erythema nodosum und Glaukom 1648.
Terzaghi, Roberto, Polymorphes Erythem der Zunge 1159.
— Polymorphes Erythem der Mundschleimhaut 1192, 1312.
— Verhalten d. Blutes Neuropathischer unter d. Einwirkg. v. Röntgenstrahlen 1312.
Thalmann (Dresden), Ergebnisse 5 jähr. Beobachtung nach Frühbehandlung d. Syphilis 1159.
Thatcher, Lewis, Tylosis palm. et plant. 926.

Digitized by Google

Thearle, William H., s. Fosten, George B.
Thedering (Oldenburg i. Gr.), Z. Frage der individuellen Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen 1370.
— Üb. die Indikationen der Quarzlampe f. d. Bhdlg. v. Hautkrankheiten 1620.
— Über die Lichtbehandlg. torpider, bes. tuberkulöser Hautgeschwüre 1750.
Theilhaber, A., Die Beziehungen von chron. Entzündg., Narbe, Trauma und den Fortpflanzungsvorgängen zu der Entstehung von Tumoren 1274.
Thévenot, L., Prostatakrebs 1264.
Thiault, Odile, Punktion d. Tunica vaginalis i. d. Behdlg. d. blennorrh. Epididymo-Vaginalitis 1018.
Thibaudeau, A. A., Spirochäten im Mund 1602.
Thibaut s. Gouget.
Thibierge, G., u. Weissenbach, Wert d. Wassermannschen Reaktion f. d. forensiche Diagnose der Syphilis 1052.
— Schankriforme, ulzeröse Syphilide u. Salvarsan 1167.
— Schwere Erscheinungen nach einer zweiten Salvarsaninjektion 1196.
Thilo, O., Zur Behandlung der Hautnarben 872.
Thomas, A., Blasenmyome b. d. Frau 938.
— Erwin, Zur Einteilung d. Myxödemformen 899.
Thompson, J. Ashburton, Lepra in Neusüdwales 1392.
Tièche (Zürich), Behdlg. d. Vulvovaginitis blennorrh. d. kleinen Mädchen 1019.
Tison, Marcel, Bhdlg. d. tuberkulösen Lupus mit systemat. Skarifikationen und Radiotherapie 1419.
Tissier s. Girauld, Le Roy des Barres.
Tivnen, Richard, J., Tuberkulin zur Diagnose u. Therapie der Konjunktivitis ekzematosa (Phlyktänuläre Konjunktivitis u. Keratitis) 1421.
Tixier, L., u. Gauthier, Ch., L., Tuberkulöser periurethraler Abszeß 1790.
Tizzoni, G., Üb. die Immunitätsreaktion des Blutes Pellagrakranker 1637.
— ferner 1382.
— S., Üb. die Übertragung der Pellagra auf Affen 1316.
Tobias, E., s. Mendel, K.
Todyo, T., Beitr. z. Pathogenese d. sog. spontanen Gangrän 1339.
Török, Ludwig, Luetische Phlebitis 1169.
— Spezielle Dermatologie 1265.
— Üb. syphilitische Venenentzündungen 1514.
Tollens, C., Üb. d. Monobenzylester d. Äthylenglykolls, d. „Ristin" als Mittel gegen Krätze 924.
Tomarkin, E., u. Peschic, C., Üb. d. Differenzierung des Typus humanus u. Typus bovinus des Tuberkelbazillus durch Kutaninfektion beim Meerschweinchen 1669.
Tomasczewski, Egon, Kultur d. Spirochaeta pallida 1064.
— Üb. subkutane Impfung v. Affen mit maligner u. tertiärer Syphilis 1160.
— Ein Beitr. z. Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 1603.
— ferner 857, 1063, 1588.
Tomkinson, J. Goodwin, Die Vakuumelektrode b. Neurodermatitis 1443, 1733.
Tommasi, Lodovico, Einige experim. Untersuchgn. üb. d. lokalen u. allgem. Veränderg. n. Salvarsangebr. 1388.
— Fall v. akut. figuriertem Erythem d. Gesichts 1330.
Torday, F., Keratoma palmare et plantare heridit. 1778.
— Keratoma palmare et plantare 1778.
Tóth, Julius, Die strahlende Wärme und warmes Wasser als Behandlung chron. Hautleiden 1277, 1622.
Touton (Wiesbaden), Sexualpädagogische Vorfragen u. Fragen 1160.
— Üb. reaktionslose Neosalvarsaninfusionen, Vermeidg. des „Wasserfehlers" u. Kombinationstherapie d. Syphilis 1723.
Townsend, T. M., u. Vallentine, Julius J., Sexuelle Funktionsstörgn., ausgehend v. Urogenitaltraktus 956.
Toyama, J., Üb. Xeroderma pigmentosum 1098.
Trevisan s. Da Gradi.
Triboulet, H., Üb. eine seltene Modifikation d. Urins (Alkaptonurie) 1809.
Trimble, William B., 5 Fälle v. Keratosis follicularis in einer Familie 1731.
Trinchese, J., Die Beeinflussung der Wasserm. Reaktion dch. Schwankungen des Komplements 1687.
Trinkler, Diagnose der Hydronephrose vortäuschenden Erkrankgn. 1073.
Trogu, Gaetano, Ungewöhnl. Lokalisation d. Neisserschen Gonokokkus 1012.
Troisfontaines (Lüttich), Todesfall nach Salvarsanbehandlung 1067.
— Todesfall n. e. intraven. Salvarsaninjektion 1257.
Troitzkaja, Z. Behdlg. d. Lepra mit Salvarsan 1309.
— Zur Kasuistik der Erytheme 1647.
Troitzkij, Asphyxia localis 1588.

Digitized by Google

Troitzkij, s. Meschtscherski.
Troplano, Fall von Purpura 1338.
Troppauer, K., Die Verwertbarkeit radiumemanationshaltiger Präparate f. d. Dermatologie nebst exp. Untersuchgn. üb. d. Wirkungsweise derartiger Stoffe a. d. Immunsubstanzen d. tier. Organismus 1618.
Trowbridge, E. H., Ein Fall v. Angiokeratom 869 (bis).
— Subkut. Salvarsaninjektionen bei progressiver Paralyse 1194.
Truffi, Mario, Öffentliche u. private Prophylaxe d. vener Krankheiten 1191, 1310.
— Kaninchensyphilis 1191, 1311.
— Impfung v. Lepramaterial i. d. vord. Augenkammer d. Kaninchen 1311.
— Purpura annularis telangiectodes (Majocchi) 1311.
— Nageltrichophytie 1311.
— Antwort auf die Bemerkg. v. Prof. Stanziale 1389.
*Trýb, Ant., Üb. das Nackenkeloid oder Dermatitis nuchae sclerotisans 1491.
Tschernogubow, Struktur d. Nebengänge d. Raphe penis u. pathol. Anatomie d. blennorrh. Entzündg. ders. 1162.
— Tertiäres Erythem. 1589.
Tschlenow, Üb. das Ulcus vulvae chronicum 1014.
— Zur Frage der Zeit des Einzugs der Syphilis in Europa und üb. das Alter der Syphilis überhaupt 1044, ferner 1589.
Tuccio, Giuseppe, Dermatitis annularis chron. d. unbedeckten Körperteile 1036.
— u. Coppolino, Carlo, Inokulation v. filiformen Warzen 1387, ferner 1002.
Tunicluff, Ruth, Eine einfache Färbung der Spirochaeta pallida 1602.
Tuschinski u. Iwaschenzow, Die Wasserm. Reakt. in der Krankenhauspraxis 1484.
Twort, C., s. Levaditi, C.

Übelmesser (Berlin), Fall v. Spindelhaaren 1160.
Uhlenhuth, Paul, Experimentelle Untersuchungen über Syphilis (Chemotherapie und Impfsyphilis der Kaninchen) 1480.
— u. Mulzer, P., Experimentelle Kaninchensyphilis 1051.
— — Verimpfungen v. Blut u. anderen Körperflüssigkeiten syphilit. Menschen in die Hoden v. Kaninchen 1482.
— — Gelungene Verimpfg. v. Blut, Blutserum u. Sperma syphilit. Menschen in die Hoden v. Kaninchen 1482.
Uhlenhuth, Paul, Mulzer, P., Koch, Max, Üb. d. histo-pathol. Veränderg. b. d. experim. Kaninchensyphilis 1682.
Ullmann, Karl, Nutzwirkg. d. Thiosinamins i. e. wasserlösl. Form bei entzündl. Prostatainduration 965.
— Üb. ein neues Prophylaktikum „Virilact" gegen vener. Infektionen 1596.
Umber (Altona), Z. viszeralen Syphilis (Panacreatis syph. m. Diabetes, akute gelbe Leberatrophie) u. ihrer Heilg. durch Salvarsan 1109.
Unna, P. G., 848 ff., 1002.
*Unna jun., P., Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Sarkoid (Miliarlupoid) Boeck großknotige u. infiltrierende Form 1203.
Unterberg, H., Der Zusammenhang d. Eiweißes u. d. Eiters im Urin 997.
Unwin, P. B., u. Eddones, A., Erythema und Tod im Gefolge von Darmkatarrh 1339.
Urrutia, Fall v. febriler Lebersyphilis 1111.
— s. Eguiguren.
Uscatu (Bukarest), Caciulata 1285.
Ustinow, s. Selenin.
Uteau, Bassal u. Azéma, Ödematöse, chronische, tuberkulöse Periureteritis 1333.
Uthy, L., Akromegalische Symptome hervorrufend. Hypophysisgumma 1700.

Vacher, Alexandre, Üb. 2 Todesfälle dch. Thymushypertrophie b. 2 klein. hered.-syphil. Kindern 1103.
Vajda, Ladislaus v. 874.
Valedinsky (Tomsk), Üb. ein Band v. ektasierten Hautvenen, welches an d. Vorder- u. Seitenfläche d. Thorax lokalisiert ist 891.
Vallardi, C., s. Cesabianchi, D.
Vallé, C. A. P. J., Untersuchgn. üb. die Extraktivstoffe des Urins 992.
Vallentine, Julius J., s. Townsend, T. M.
Valtorta, Dario, Z. Diagnose d. pellagriösen Psychose 1317.
Vansetti, J., Untersuchgn. über die experimentell erzeugte luetische Meningoenzephalitis 1483.
Vaquez u. Laubry, Spezifische Behandlung der syphilit. Aortitiden und der Aneurysmen 1526 (bis).
Variot, Beobachtg. üb. die Bhdlg. d. infantilen Ekzems dch. d. Änderg. der Milch 1731.
— M., Üb. Raynaudsche Krankheit 1640.
Vaughan, J. C. T. D., Striae atrophicae, Achloridurie u. Abdominaltyphus 1770.

Digitized by Google

Veiel, Fritz, s. Veiel, Theodor, ferner 1476.
— Theodor, Zur Therapie des tylotischen rhagadiformen Ekzems der Handteller u. Fußsohlen 1160.
— u. Veiel, Fritz, Die Therapie des Ekzems 1362.
Verbizier s. Rispal.
Verebély, T., Pubertas praecox 1814.
Veress 853.
Verne, Marcel, Üb. das Symptom d. künstl. erzeugten Purpura 1338.
Vernes s. Jeanselme.
Verrotti, Giuseppe, Üb. e. anormal. Fall v. Lupus erythem. in Form ein. fleck. Hautatrophie 901.
— Resultate, welche mit der Inokulation von Lepromfragmenten in die vordere Kammer des Kaninchens erzielt wurden 1667.
— Üb. drei anormale Formen von Lupus vulgaris der Nase 1676.
— Die Seroreaktion der Syphilis während eines Trienniums in der dermatol. Klinik zu Neapel 1684, ferner 854.
Verzár, St., Die Anwendungsmethode u. d. therapeut. Wert des Salvarsans in der Syphilisbehandlung 1200.
Veszprémi s. v. Marschalko, Th.
Vielle, E. P., Behdlg. d. inguinal. Ektopie d. Hodens vermittels d. Orchidopexie 958.
Vignat., Lupus, mit heißer Luft behandelt 1065.
Vignaud, Bhdlg. des Milzbrands mit Pyozyanase 1747.
Vignolo-Lutati, Karl, Beitrag zum Studium der Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis 859, 860.
— Beitrg. z. Studium der Sclerodermia circumscripta 1089.
— Neurodermitis linearis psoriasiformis 1187.
— Üb. einen Fall v. Neurodermitis linearis psoriaformis u. üb. d. sog. Lichen albus Zumbusch 1191, 1310.
— Klin. u. exper. Beitrg. z. Studium d. Immunität b. Syphilis tarda mit bes. Berücksichtgg. d. auslösenden Einflusses v. Trauma i. d. Latenzzeit 1386, 1454.
— Purpura annularis telangiectodes (Majocchi) 1594.
— Neuer Beitrag von Untersuchungen über den klinischen Ansehein d. Heilung der Haut in Beziehg. auf die syphilitische Infektion 1679.
Villanova, R. Royo, 23 Fälle von Tabes, d. mit Salvarsan n. d. Denslowschen Methode behandelt wurden 1072.
Villinger, A., Ätiologie der Metasyphilis 1050.
Violet, Hodenkarzinom 1799.
Li Virghi, G., Neue elektrolyt. Instrumente z. Behdlg. v. Urethralstrikturen 936.
— Einige Modifik. d. Luysschen Urethroskops 1263.
Voerner, Hans, Neues von der Dermatitis capillitii (Kaposi) 1187.
— Primäreffloreszenz des Lupus u. Primäreffekt 1417.
— Sulfurierung und Thiolan (Schwefelapplikationen) 1635.
Voigt, J., Üb. d. Entfern. v. Haarnadeln a. d. Blase d. Weibes nach e. einf. Verfahren 952.
Volk, Maxw. L., Üb. Hämaturie 1809.
— Richard, Die Vakzinetherapie bei Haut- u. Geschlechtskrankheiten 1622, ferner 1002.
Vollert, R., Drei Fälle von höchstgradiger Stauungspapille nach Salvarsaninjektion bei Lues 1691.
Vollmer, E., Hautkrankheiten und Bäder 1618 (bis).
Volpino, Mariani, Bordoni u. Alfrago, Erste Reihe exp. Untersuchungen über Pellagra 1638.
— ferner 1383.
Vorbrodt u. Kufka, Z. Enesolbehdlg. bei metasyphil. Erkrankgn. 1138.
Vorschulze (Leipzig), Über das Orgojodin in der Therapie 1634.
Voss (Halle a. S.), Beitrag z. Abortivbehandlung der primären Lues 1193.
Vranceanu s. Demetriade.

Wachtel, H., Zur Diagnose des ektopischen Hodens 1798.
Wachter, Hans, Fall von multiplem Auftreten von Epithelzysten 1764.
Wade, E. Marion, s. Arms, B. L.
Waelli (Basel), Eine Ausgipsung der Urethra 1792.
Waelsch, Ludwig, Spontanes Verschwinden flacher Warzen an d. einen Hand nach Abtragung solcher an der anderen Hand 870.
*— Cavernitis penis migrans 1427.
— Über Veränderungen d. Achselschweißdrüsen wd. der Gravidität 1591.
— Systematisierter ichthyosiformer Nävus 1593.
Wagner (Graz), Vorläufige Mitteilg. üb. Salvarsanschäden a. Gefäßsystem nach intravenösen Injektionen 1630.
— F., s. Schmidt, Willi.
— Paul, Die traumat. Hydronephrose 1190.
— Richard, Üb. einen Fall v. Gangrän

Digitized by Google

der Nase und Zehen bei Phosphorvergiftung 1339.
Wagner, Richard, Über einen Fall von Papillomata accuminata der Lippenschleimhaut 1596.
Walcker, F., Die Hautarterien des menschlichen Körpers 1601.
Waldschmidt, Max, Zur Tuberkulose der Nieren 1812.
Walker, C. E., Die Behandlung v. Karzinom mit Selen 1757.
Wallace, C., u. Page, C. M., Bemerkungen über Sphinkterenverschluß der Blase nach Prostatektomie 990.
Wallfield, J. M., Fall von Purpura haemorrhagica 1338.
Wallfisch, Herbert, Beiträge z. Lösg. der Frage nach der Resorption und Ausscheidung des zur Syphilisbehandlung verwendeten Quecksilbers 1557.
Wallhauser, H. J. F., Fall v. Pityriasis rubra (Hebra) 1731.
Walsh, David, Die Beziehgn. zwischen chronisch. bzw. rezidivierenden Hautkrankheiten und Abnormitäten am Herzen 1444.
— Akuter Haarausfall bei Zirkulationsstörungen 1331.
— Ferdinand C., Chirurg. Maßnahmen geg. d. Spätfolgen d. Epididym. 961.
Walter, E., s. Hübner.
Walther, Spätfolgen der Radiotherapie 1645.
Ward, Charles E., Behandlung der Blasen-, Uterus-, Scheidenfistel 888.
Warrington, W. B., Die Bhdlg. der Syphilis des Nervensystems und der parasyphilitischen Erkrankungen 1529.
Warthin, Alfred Scott, Herdförmige fettige Degeneration d. Myokards m. lokal. Kolonien d. Spiroch. pall. 1136.
— u. Snyder, E. J., Lokalisation der Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kong. Syphilis bei Abwesenheit von histol. Veränderungn. u. Spiroch. in d. übrigen inneren Organen 1050.
Wassermann, S., Zystopyelitis als Folge v. Inf. m. d. Bac. coli com.; deren Symptome und Diagnose 955.
Watanabe, S., u. Fujitani, Y., Üb. die Wirkung der Trichloressigsäure gegen Pigmentanomalien der Haut 1099.
— s. Dohi, K.
v. Watraszewski, X., Die Heilwirkung von Quecksilbereinreibungen in der Syphilisbehandlung 1256.
Watson, D., Die Behandlung der Condylomata acuminata 871.
Watters, W. H., Die Vakzinebehandlung des Erysipels 1258.
— Streptokokkenvakzine bei Scharlachprophylaxe 1366.
Weber, F. P., Fall v. tropho-neurot. Ablösung der Nägel mit nachfolgender Alopecia areata 920.
Weber, F. P., Ein ungewöhnl. Präzipitat v. kohlensaurem Kalk im Urin 994.
— Fall v. Erythema nodosum m. Mammatuberkulose 1253; s. auch Scholefield, R. E.
— Leonhard, Ein Fall von Addisonscher Krankheit 888.
Wechselmann, Über die anaphylaktoiden Erscheinungen bei wiederholten intraven. Salvarsaninjektionen 1612.
— Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan 1633.
— Über Neosalvarsan 1728.
Wehner, Über die Behandlung hartnäckiger, nässender Ekzeme 1730.
Weidanz, O., Über die sanitäre Überwachung der Prostitution in Bremen 1478.
Weidemann, H., Soll Hamburg seine öffentlichen Häuser behalten? 1606.
Weidenfeld, St., Beiträge zur Pathogenese des Ekzems 1189.
Weidenhoff (München), Neues Präzisions-Gärungsaccharimeter für die Harnanalyse 997.
Weil, Albert, Röntgentherapie d. Naevi vasculares m. Lindemann-Röhren 1781.
Weill, Gardère u. Goyet, Urticaria chronica, mit nukleinsaurem Natrium behandelt 1640.
— Morel u. Mouriquand, Die Absorption des Salvarsans vom Rektum des Kindes aus 1564.
— E., u. Dufourt, A., Pemphigus infectiosus, durch Staphylokokken hervorgerufen 1734.
— O., Nutzen der Wassermannschen Reaktion in e. med. Abteilg. 1051.
— Meningomyelitis syphil. 1173.
Weinberg, M., Rationelle Technik der Komplementbindungsreaktion 1486.
Weinberger, M., Die Behandlung der keloiden Narben 1761.
Weinmann, Kurt, Serologische Untersuchungen über das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern 1658.
Weinstock, L., Die Lippenkarzinome d. chir. Univ.-Klinik Berlin 1900—1910 1752.
Weiss, E., Metastasierendes Angiokarzinom als Todesursache 868.
— Franz, Zystoskopische Irrtümer 1786.
— Leonhard, Therapeut. Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhöe d. Mannes 1160.
Weissenbach s. Thibierge.
Weisz, E., Üb. luetische Gelenkleiden 1693.

Digitized by Google

Weitz (Hamburg), Fall von rapid verlaufender Gonokokkämie mit akuter Leberatrophie 1817.
Welikanow s. Iwano.
Wellmann, Creighton, s. Duval, Charles W.
Wende, Groven William, 36. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung 1133.
Werner s. Fülleborn.
— R., Die Rolle der Strahlentherapie bei d. Behdlg. d. malignen Tumoren 1750.
Wertheim, Alexander, Üb. Syphilis der platten Schädelknochen m. bes. Berücksichtigung d. ausgedehnten Nekrose 1692.
West, S., Bemerkg. üb. Diagnose u. Therapie d. Tuberkulose d. uropoet. Systems 930.
Westenhoeffer, M., Z. gegenwärtigen Scharlach- u. Diphtherieepidemie in Groß-Berlin 1364.
Wettendorf, Blutgeschwulst der inneren Oberschenkelseite 869.
Wetterer, J., Röntgentherapeutische Bestrebungen zur Bekämpfung d. Tuberkulose 1671.
White 852.
— Charles J., Die Mängel der Dermatologie 1489.
— D., u. Melville, C. H., Venerische Erkrankung in der Gegenwart und in der Zukunft 1229.
Whitfield 854.
— A., Akne u. Seborrhöe, deren Ursache und Behandlung 1442.
— Fall zum Diagnostizieren 920.
Wichmann, P., Instrumentarium z. ext. therapeut. Anwendg. v. hochakt. Radium- u. Mesothorpräparaten 1276.
— Erfahrgn. mit dem Radiumersatzpräparat „Mesothorium" 1384, ferner 1476.
Widal 1345.
Wiel, Harry L., Angioneurot. Ödem; eine Reihe von Fällen mit klin. Beobachtungen 1642.
Wieland, Emil, Spontangangrän zweier Fingerphalangen b. einem 2 Monate alten Brustkinde nach nekrot. Nabelgeschwür und Paronychia streptomycotica 1141.
Wiener, E., Fälle von Gonokokkenseptikopyämie nach Proktitis blennorrhoica 1022.
Wildholz, Hans, Die Tuberkulose der Harnorgane 1557.
Wile, Udo J., Gummata der oberflächlichen Lymphdrüsen 1160.
— s. Politzer, S. 1131.
Wille, Otto, Zur trockenen Behandlg. des weißen Flusses 1815.
William 1115.
Williams, Anna Winkelfried, Brauchbare Formel z. Behdlg. ausgebreiteter Tinea tonsurans 983.
— Fall von Ichthyosis 1253.
— s. Nicoll, Mathias.
— B. G. R., Untersuchg. d. Albuminurie, n. ein. Studium v. 1000 Urinproben 995.
— Oxaluria dolorosa 1810.
— C., Zystitis u. Urindesinfizienten 1796.
— D. O., Erythema nodosum 1344.
— F. S. B., Eine Vorlesung über Lepra; eine neue Auffassung v. der Ätiologie und Therapie derselben 1392.
— T. A., Ein ungewöhnlicher Fall von Tabes mit toxischen Komplikationen in der Ätiologie 1534.
Wilson, L. B., u. McGrath, B. F., Pathologie der Prostata 965.
— Robert N., Tödl. end. vasomot. Gangrän, wahrscheinl. inf. v. Raynaudscher Krankheit 898.
— S. J., Fall von Henochscher Purpura, behandelt mit menschl. Blutserum, mit Ausgang in Heilung 1642.
Wiltse, James W., Intramusk. Inj. v. Natr. cacod. b. Psoriasis u. Lichen planus 1258.
Winfield, James Macfarlane, Salvarsan als Heilmittel d. Syphilis 1165.
— Acid. lacticum u. Kolonirrigationen zur Behdlg. der Psoriasis 1733.
Wink, E. S., Fall von Herpes im Anschluß an Spina bifida 1363.
Winkler, Josef, Über das Sakraldermoid 1778.
Winoconroff, s. Arluck.
Winternitz, W., Unterdrückung der Hauttätigkeit als Krankheitsursache 1609.
Wischer, H., Zwei Fälle ungewöhnl. Komplikationen b. Blennorrhöe (Blennorrh. Hautabszeß, blennorrh. Periostitis) 1161.
Witmer, Julian, Über den Einfluß d. Sonnenbhdlg. b. d. Hochgebirgsbhdlg. der chirurg. Tuberkulosen 1674.
Wittemann, Julius, Über einen Blutbefund bei der Recklinghausenschen Krankheit 873.
Wittich, H., Über einen Fall v. erfolgreicher Variolaübertragung direkt auf das Kalb 1369.
— W., Über epitheliale Riesenzellen in der Niere 1000.
Wladimiroff, G. E., Die Hospitalmasern und Sterbekasuistik n. Masern 1658.
Wladissavlievitsch, Drag., Die verschied. Methoden d. Materialentnahme

Digitized by Google

bei Untersuchg. syphilit. Läsionen auf Spirochäten 1050.
Wohl, M., Kombinierte Anwendg. des Salvarsans u. des Corrosol fortius in der Syphilisbehandlung 1165.
Woinow, Über die sog. traumat. Skarlatina und über die scharlachähnlichen Erytheme 1652.
Wojciechowski, J., Arsenik in einer nach Salvarsananwendung entstandenen und 1½ Jahre persistierenden Zyste 1010.
Wolbarst, Abr. L., Blennorrhöe bei Knaben 1017.
— Vorläuf. Bericht über Neosalvarsan 1633.
Wolff, A., u. Mulzer, P., Z. Kasuistik d. Behdlg. d. Syphilis m. Neosalvarsan 1726.
Wolff, Ernst, Z. Morphologie u. Topographie der Niere 1072.
— Jakob, Einige Bemerkgn. zu Zellers Methode der Krebsbehandlg. 1758.
— L. K., Üb. Untersuchgn. mittels der Wasserm. Reaktion a. d. Leiche 1685.
— Max, Fall von intrauterin geheilter Hasenscharte mit Naevus papillomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlußspalten 1781.
Wolfram, Üb. eine mechan. Behdlg. der Varizen des Unterschenkels 893.
Wollenberg (Berlin), Beitrag z. Kenntnis d. Acanthosis nigricans 1161.
Wollheim, J. L., Intramuskul. Quecksilbersalizylat-Injektionen bei Syphilis 1707.
Wollers, Max, Beitrg. z. Ätiologie d. Dermatitis exfoliativa 1161, ferner 1370.
Wood, Edward J., Pellagra ohne Pellagra 1639.
Woody, S. S., u. Kolmer, J. A., Die Diazoreaktion bei Scharlach u. Serumkrankheit 1366.
Wossidlo, Erich, Instrument z. Behdlg. d. vord. Harnröhre mit Spülmassage 1073.
— Technik operativer Eingriffe i. d. Uretra post. in meinem Operationsurethroskop 1191.
— H., Beitr. z. d. Erkrankgn. d. Sphincter vesicae int. u. d. Urethra post. 937.
Wright, James Homer, Die Histogenese der Blutplättchen 1224.
Wüstenberg, H., Beitrag z. Reinfektion nach Salvarsanbehdlg. 1680.

Yahoulo (Konstantinopel), Tod einer Schwangeren nach einer intraven. Salvarsaninjektion 1719.
Jakimoff, W. L., u. Kohl-Yakimoff, N., Der Einfluß d. Mikrobien a. d. Wirkg. v. Salvarsan (II) 1283.
Yamada, H., Fall v. Cutis verticis gyrata 1389.
— 50%iges Salizylpflaster u. ein neues Salbenmaterial nach Hiroshashi 1390.
Yamada, Sh., s. Sakurane, K.
Yamazaki, S., u. Baba, S., Üb. den therapeut. Wert v. Hepatoxin 1390.
Yver, E. J., Gibt es eine hysterische Gangrän? 1342.

Zabel (Essen), Die Bedeutung der Syphilis f. d. Dentisten 1679.
Zadro, E., Z. Frage d. Heliotherapie 1276.
Zaloziezki, Alex, u. Frühwald, Richard, Zur Kenntnis der Hirnnervenstörungen im Frühstadium der Syphilis, speziell nach Salvarsan 1565.
— Liquor cerebrospinalis u. Salvarsan 1699.
Zancani, Arthur, Üb. die Varizen d. unt. Extrem. 892.
Zehden, Arthur, Röntgenbhdlg. e. Naevus lymphangiectaticus 1161.
Zehner s. Schwarz, Gottwald.
Zeisler, Joseph, Einige ungewöhnliche und häufig nicht erkannte Formen toxischer Dermatitis 1647.
v. Zeissl, M., Üb. die von Juli 1910 bis April 1912 mit Salvarsan gemachten Erfahrungen 1560.
— Die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Betrachtungen üb. die Nomenklatur der Syphilis 1561.
— Die Syphilis im Berufe 1679.
Zeitlin, Bella, Primäre Blasentuberkulose 955.
Zelle (Lötzen), Üb. Impfergebnisse mit Desinfizientien und Schutzverbänden im Kreise Lötzen 1662.
Zeller, A., Bhdlg. u. Heilung von Krebskranken dch. innerl. u. äußerl. angewendete medikamentöse Mittel 1757.
Zernick 847.
Zieler, Karl, Üb. d. exper. Erzeugg. eines Naevus pigmentosus 926.
— Üb. d. persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 1229.
— Ist die Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe als echte Anaphylaxie aufzufassen? 1233.
— Zur Frage der Idiosynkrasie gegenüber Salvarsan, insb. sind Hautimpfgn. mit Salvarsanlösg. zur Feststellg. einer vorhandenen Idiosynkrasie brauchbar? 1629.
— Die blennorrhoischen Allgemeinerkrankungen 1816.

Digitized by Google

Zigler, M., Gesichtsasymmetrie in ein. Falle von Skrofuloderma 1673.
Zimmern, Fritz, Eine Salvarsanreaktion an den Zähnen 1629.
— Beitrag z. Reinfectio syphilitica 1680.
— s. Altmann, K.
Zinsser, Ferd., Zahnveränderungn. bei kongenit. Syphilis 1161.
— Syphilis u. syphilisähnl. Erkrankgn. d. Mundes 1264.
Zislin, Jean Jaques, Üb. d. plast. Indurationen d. Corp. cavern. 932.
Zollikofer, Richard 1452.
Zolotoreff, Rose, Üb. Zosterneuralgie (Zona ohne Eruption oder mit minimaler Eruption) 1345.
Zuccola, Fr., Üb. die Schürmannsche u. Porgessche Reaktion bei der Syphilisdiagnostik 1077.
— Üb. die Pathogenese u. die Bhdlg. der Ödeme 1640.
Zuckerkandl, O., s. Tandler, Jul.
Zuern (Berlin) s. Arndt, G.

Digitized by Google

124236

Digitized by Google

Digitized by Google